Nr. 21. 23. maja 1926. Rok V.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Ku uczczeniu 35 letniej rocznicy pojawienia się pierwszej pracy naukowej Prof. Dr. Leona Wachholza

Szczęśliwą myśl mieli ci, którzy postanowili światu lekarskiemu polskiemu a także i zagranicznemu przypomnieć, że w roku bieżącym mija 35 lat naukowej działalności Leona Wachholza profesora medycyny sądowej w U. J. a przez wydanie zbioru prac polskich i obcych uczonych z zakresu medycyny sądowej i pokrewnych dziedzin, uczcić Nestora polskiej medycyny sądowej. (Nowiny lek. Nr. 10 z 15 maja 1926).

Dobrą była ta myśl nie ze względu na Leona Wachholza, przeciwnika wszystkich wyrazów głośnego uznania„ znajdującego dostateczne zadowolenie w swej ciągłej z ukochania nauki płynącej pracy. Wie On wszakże doskonale, że tak wśród najbliższych swych współpracowników, przygodnych uczniów, jak wreszcie wśród uczonych na tem samem polu pracujących, ma gorących wielbicieli i przyjaciół, którzy bez względu na ilość lat, jaka upłynęła od chwili, gdy począł naukowo pracować, widzą w Nim jednego z najwybitniejszych w świecie naukowym przedstawiciela tego ważnego działu nauk lekarskich, jakim jest medycyna sądowa.

Dobrą była myśl z innej przyczyny. Świat lekarski polski niech zda sobie przy tej sposobności sprawę z tego, z jakiem oddaniem się pracują niektórzy z jego członków, pokolenie młodsze zwłaszcza, niech bierze przykład z tego wyjątkowego pracowitego żywota polskiego uczonego. Niech świadomość, że taki wśród nich istnieje, będzie pokrzepieniem ducha, będzie zachętą i stałym bodźcem do patrzenia na nauki lekarskie nie tylko ze strony ich praktycznego zastosowania, ale równocześnie jako na przedmiot przedewszystkiem wymagający naukowego zgłębiania i dociekania, ciągłego wysiłku w dążeniu naprzód.

Nazwisko Leona Wachholza znanem jest wszędzie tam, dokąd dochodzą wyniki prac badaczy naukowych. Nie wszystkim jednak z zagranicznych uczonych jest może dokładnie wiadomem, że Leon Wachholz jest Polakiem, że w Krakowie w Jagiellońskiej szkole, tej kolebce polskiej nauki, od kilkudziesięciu lat pracuje. Niech się zagranica znów dowie, że istnieje polska nauka, że ma niepoślednich przedstawicieli, że dzięki ich pracy dorobek ogólno naukowy powiększył się niepomiernie, że polskiemu uczonemu są winni wdzięczność i uznanie.

Leon Wachholz urodził się w Krakowie w r. 1867 jako syn profesora Jagiellońskiego Uniwersytetu. Złożywszy z odznaczeniem egzamin dojrzałości, zapisał się na wydział lekarski krakowski i ukończył go w r. 1890. Wkrótce potem mianowany asystentem przy katedrze medycyny sądowej, którą wówczas zajmował prof. Blumenstock-Halban, pełni te obowiązki do r. 1894, wyjeżdżając w międzyczasie a to w r. 1892 i 1893 do Wiednia, gdzie pracuje w tamtejszym zakładzie sądowo-lekarskim pod kierunkiem twórcy nowoczesnej medycyny sądowej prof. Hoffmanna. W r. 1894 habilituje się w Uniwersytecie Jagiellońskim na podstawie pracy „O oznaczaniu wieku ze zwłok na podstawie kostnienia główki kości ramieniowej“ (Rozpr. Akad. Umiej.), by niedługo później otrzymać powołanie do Lwowa, gdzie przez rok wykłada medycynę sądową na wydziale prawnym. W r. 1895 wykłada kilka miesięcy zastępczo na wydziale lekarskim krakowskim, po śmierci prof. Halbana zostaje mianowany w r. 1896 profesorem nadzwyczajnym. W r. 1898 otrzymuje nominację na profesora zwyczajnego medycyny sądowej.

Działalność naukowa Wachholza rozpoczyna się już w r. 1891 ogłoszeniem dwu prac a mianowicie „Spostrzeżenia nad narkozą chloroformową“ (Pgl. lek. i Langenbecks Archiv), oraz „Sposoby wykrycia związków sinu w ciałach temi zatrutych“ (Pgl. lek.) a więc prawie że bezpośrednio po objęciu stanowiska asystenta i odtąd trwa nieprzerwanie po dzień dzisiejszy. Rozpocząwszy swą pracę naukową w okresie, w którym eksperyment zaczął zyskiwać sobie prawo obywatelstwa we wszystkich dziedzinach nauk lekarskich, stara się Wachholz każde nasuwające mu się zagadnienie stwierdzić lub ustalić doświadczeniem. Nie zasklepia się w jednym dziale rozległej nauki, którą reprezentuje, znachodzi prawie we wszystkich tematy godne opracowania, we wszystkich kierunkach daje prace wartościowe, wyczerpujące i pełne nowych myśli. Spostrzegawczy jego umysł umie dobrze odróżnić zagadnienia praktycznie ważne od tych mniejszego znaczenia, stąd też wszelkie jego prace mają podwójną watość, z jednej strony ściśle naukową, z drugiej są obfitem źródłem dla lekarza sądowego w praktyce codziennej.

Przekraczałoby ramy, jakie sobie zakreślić musiałem, gdybym się chciał zagłębiać w krytyczną ocenę wszystkich prac Wachholza, których liczba dosięgła 110. Z tego niezwykle bogatego dorobku, świadczącego o wszechstronności jego umysłu podkreślę te tematy, których przedmiotem badań były albo zagadnienia mało opracowane lub w których Wachholz do nowych własnych dochodzi wyników, zmieniając przy tem zasadniczo dotychczasowe mylne zapatrywania. Wymienić tu należy zbiór badań nad otruciem tlenkiem węgla, który to dział opanowując zupełnie, zwrócił pierwszy uwagę na możliwość pośmiertnego wnikania tlenku węgla do zwłok znachodzących się w jego atmosferze, sposoby zaś wykazywania tlenku węgla we krwi wzbogacił nową próbą dziś powszechnie znaną i używaną. Równie oryginalne są prace nad przenikaniem trucizn i barwików w zwłokach ludzkich, które podobnie jak poprzednie w całej rozciągłości zostały potwierdzone przez autorów obcych. Do czasu badań Wachholza nad śmiercią z utonięcia, rozbieżność zapatrywań na jej mechanizm, na zmiany wywołane w narządzie oddechowym, na tychże wartość rozpoznawczą była wielka. Doświadczenia Wachholza trwające lat kilkanaście, dokładne wyzyskanie materjału sekcyjnego, sprowadziły ustalenie tych pojęć i dzisiaj badania nad śmiercią z utonięcia, dzięki pracom Wachholza uważać można za zakończone. Ważną odegrały rolę w nauce prace nad zmianami w narządach oddechowych w przypadkach otrucia karbolem, nad połączeniami sinu z barwikiem krwi, nad wartością próby wątrobowej, badania nad kryształami heminy, nad zmianami uzębienia pod wpływem wysokiej ciepłoty i gnicia, nad śmiercią ze zmarznięcia, a mimo upływu lat wielu nie straciły na znaczeniu spostrzeżenia nad narkozą chloroformową, nad oznaczaniem wieku z kostnienia główki kości ramieniowej i obecności gonokoków w starych płamach.

Obok tych prac doświadczalnych, zasilał Wachholz piśmiennictwo lekarskie licznemi pracami kazuistycznemi, w których wykazuje na praktycznych przykładach spotykane najczęściej trudności w ocenie przypadków sądowo-lekarskich, trudności od których prawidłowego rozwiązania zależy dalszy ciąg postępowania sądowego. Nie brak w jego dorobku naukowym licznych prac o charakterze monograficznym, odznaczających się nietylko wielką znajomością literatury, krytycznem ujęciem przedmiotu, ale także głębokiem własnem doświadczeniem.

Znana łatwość pióra Wachholza ułatwiała mu przedstawianie popularne całego szeregu zagadnień sądowo-lekarskich, przeznaczonych w pierwszym rzędzie dla prawników, a nawet dla szerszego ogółu.

Odrębny zupełnie dział stanowią prace historyczne i historyczno lekarskie świadczące o idącym i w tym kierunku zainteresowaniu Wachholza o jego literackiem i historycznem wyrobieniu, przekraczającem ramy przeciętne.

Jako doświadczony eksperymentator, literaturę medyczno-sądową zupełnie opanowujący uczony, długoletni nauczyciel i w końcu z różnorakimi trudnościami obeznany lekarz sądowy, był prof. Wachholz zupełnie wyjątkowo powołany do napisania potrzebnych nam tak bardzo podręczników z zakresu medycyny sądowej. Potrzebie tej uczynił zadość wydając „Medycynę Sądową". „Psychopatologię Sądową", „Medycynę Kryminalną" (wspólnie z Olbrychtem), „Technikę sekcji zwłok" (wspólnie z Ciechanowskim) a wreszcie opracowując dział o otruciach w Medycynie sądowej Schmidtmanna. Pierwsze cztery dzieła, jedyne w polskiej literaturze, stoją na bardzo wysokim poziomie i dzięki swej wartości są nieodłącznym towarzyszem tych wszystkich, którzy z medycyną sądową stykać się muszą.

Niezupełnem zdaniem mojem byłby obraz 35 letniej pracy Wachholza, gdyby pominięto działalność jego jako kierownika zakładu i profesora.

Objąwszy zakład krakowski w chwili jego przeniesienia do nowo wybudowanego gmachu a po kilkuletniej ciężkiej chorobie prof. Halbana do pewnego stopnia zdezorganizowany i rozporządzający bardzo szczupłym materjałem naukowym i dydaktycznym — przystąpił Wachholz do jego rozbudowy z niesłabnącą energją i żelazną wytrwałością. Zabiegi młodego profesora przełamały w końcu niechęć zaśniedziałych w swych pojęciach czynników miarodajnych i przekonały ich, że jedynem miejscem, w którem winny odbywać się badania sądowo-lekarskie jest zakład uniwersytecki, a pierwszym do tych badań powołanym profesor medycyny sądowej. To też wkrótce wzrasta w zakładzie ilość sekcji sądowych i policyjno-sanitarnych, sądy coraz częściej zwracają się do zakładu o przeprowadzenie przeróżnych badań a po kilku latach urzeczywistnia Wachholz swój plan skupienia wszelkich czynności sądowo-lekarskich w rękach fachowo wykształconych lekarzy. Wzbogaca się przez to nietylko doświadczenie ściślej z zakładem związanych pracowników, ale stwarzają się też warunki praktycznego kształcenia przyszłych lekarzy. Równomiernie ze staraniem o materjał dydaktyczny i naukowy nie spuszcza Wachholz z oka potrzeby zaopatrzenia zakładu we wszelkie do badań potrzebne urządzenia które łącznie z przebogatą biblioteką, jego staraniem zdobytą ułatwiają pracę naukową. Wzorowo pilny nauczyciel, wykłada Wachholz w sposób jasny i barwny kładąc nacisk na praktyczne wykształcenie swych uczniów i w tym celu gromadzi obfite zbiory muzealne, stanowiące chlubę krakowskiego zakładu i mogące iść śmiało w porównanie z najbogatszymi zbiorami zagranicy. Z tego wszystkiego widnieje głębokie przywiązanie do nauki, której się poświęcił i do miejsca swej pracy, w którem dnie całe przebywając żył i zżywał się z swymi bliższymi współpracownikami. Dawał on im nietylko tematy i wskazówki do pracy, nietylko im w niej szczerze pomagał, co więcej wielokrotnie dzielił się z nimi swymi pomysłami, a przykładem swym do nowych wysiłków zagrzewał, wpajał umiłowanie przedmiotu i głębokie poczucie odpowiedzialności ciążące na lekarzu sądowym.

Plon tej swojej pracy zbiera dziś w całej pełni; cieszyć się może nietylko uznaniem rodaków i uczonych za granicą, ale i świadomością, że wszędzie tam gdzie żyją i pracują bliżsi jego współpracownicy, żyją też myśli jego i nauki a podawane coraz to młodszym pokoleniom stanowią niezbity dowód, że jest twórcą szkoły, której uczniowie z dumą przynależność do niej podkreślają.

Stefan Horoszkiewicz.

Spis prac Prof. Wachholza.

I. Dział: Dzieła większe.

1) Podręcznik medycyny sądowej. Z tablicą chromolitograficzną i 46 rycinami. Str. XVII i 648. Kraków 1899.

2) Tod durch Vergiftung. Schmidtmanns Handbuch der gerichtlichen Medizin. T. I. Berlin 1905. Str. 160.

3) Medycyna sądowa. Z 22 rycinami w tekście i 42 rycinami na tablicach. Str. XVI i 585. Kraków 1919.

b) to samo wydanie drugie, przejrzane i powiększone. Str. XVI i 645. Kraków 1920.

c) to samo, wydanie trzecie zmienione i uzupełnione. Str. VI i 553. Kraków 1924.

4) Technika sekcji zwłok. Protokół i orzeczenie (wspólnie z Prof. Dr. S. Ciechanowskim). Str. II. i 237. Kraków 1920.

5) Szpitale krakowskie (od r. 1220—1920). Część pierwsza. Kraków 1921. Bibljoteka krakowska nr. 59. Str. 134.

b) to samo część druga. Kraków 1924. Bibljoteka krakowska Nr. 60). Str. 65.

6) Psychopatologja sądowa. Kraków 1923. Str. VI i 325.

7) Medycyna kryminalna ze 115 rycinami (wspólnie z Prof. Dr. Olbrychtem). Warszawa 1924. Str. III i 366.

II. Dział: Prace eksperymentalne.

8) Spostrzeżenia nad narkozą chloroformową na podstawie 4057 przypadków. Przegląd lekarski 1891. Str. 27.

b) to samo po niemiecku. Langenbecks Archiv 1892. T. 43. Str.

9) Sposoby wykrycia związków sinu w ciałach temi zatrutych. Przegl. lek. 1891. Str.

10) Sposoby wywoływania analgezji ogólnej sposobem Brown-Sequarda. Tamże 1892. Str.

11) O dyfuzji trucizn i barwików w zwłokach ludzkich. Przegl. lek. 1893. Str. 11.

b) to samo wspólnie z Haberdą w Ztschrft für Medizinal Beamte. 1893. Str. 9.

12) O złamaniach kości tułowia i kończyn pod względem sądowo-lekarskim. Pamiętnik oddziału chirurgicznego szpit. św. Łazarza. Kraków 1893. Str. 9.

13) O oznaczaniu wieku ze zwłok na podstawie kostnienia główki kości ramieniowej. Rozprawy Wydz. Matem.-przyr. Akademji Umiejętności wraz z niemieckim biuletynem. Kraków 1894. Str. 44.

14) Ueber die Altersbestimmung an Leichen auf Grund des Ossificationsprocesses im oberen Humerusende. Friedr. Blätter f. ger. Med. 1894. Str. 9.

15) O połączeniach związków sinu z barwikami krwi. Przegl. lek. 1894. Str. 11.

b) Ueber Cyanmethemoglobin u. Cyanhematin. Zeitschrft. f. med. Beamte. 1894. Str. 7.

16) O zmianach narządów oddechowych w przypadkach otrucia karbolem. Przegl. lek. 1894. Str. 17.

b) to soma, po niemiecku. Deutsche med. Wochenschrft. 1895. Str. 7.

17) Zmiany włosów pod wpływem niektórych środków żrących i wysokiej ciepłoty. Przegl. lek. 1894. Str. 7. wspólnie z Dr. W. hr. Tyszkiewiczem.

18) Selbstmord durch Strychnin. Uuntersuchungen über das Wesen der Totenstarre und die Beziehungen des Eintrittes derselben zu einigen Giften. Vrteljschrft f. ger. Med. 1894.). VIII. Str. 11.

19) O znaczeniu obecności gonokokków w starych plamach. Wspólnie z drem. J. Nowakiem. Przegl. lek. 1894. Str. 13.

b) to samo po niemiecku. Deutsche med. Wochenschrft. 1895. 9. s. 9.

20) Przyczynek do nauki o nagłej śmierci osesków. Przegl. lek. 1895. Str. 12.

21) Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Kohlenoxyd und Leuchtgasvergiftung. Kraków 1896. Z tablicą chromolitogr. Str. 27.

c) to samo w streszczeniu, jako autoreferat. Zeitschrft. f. med. Beamte 1896. Str. 4.

c) to samo obszernie. Przegl. lek. 1896. Str. 35.

22) Przyczynek do rozpoznawania śmierci z zaczadzenia. Wspólnie z drem Sieradzkim. Przegl. lek. 1897. Str. 13.

b) to samo w Ztschrft. f. med. Beamte. 1897. Str. 17.

c) to samo w Archives d'Anthropologie criminelle. 1898. Str. 15.

23) Ueber die neuste Methode zum chemischen Nachweis von Kohlenoxydblut. Vrteljschrft. f. ger. Med. 1900. T. XX. Str. 3.

24) O hematynie obojętnej. Przegl. lek. 1900. str. 9.

25) Kilka słów jeszcze w sprawie hematyny obojętnej. Tamże. 1900. Str. 8.

26) Untersuchungen über Haeminkristalle Vrtljhrschrft. f. ger. Med. 1901. T. XXI. Str. 13.

27) O zębach pod względem sądowo lekarskim (wspólnie z W. Łepkowskim). Przegl. lek. 1901. Str. 71.

b) Ueber Veränderung natürlicher und künstlicher Gebisse durch ekstreme Temperatur u. Fäulniss. Arztl. Sachvertsändigenztg. 1903. Str. 8.

28) Ueber den diagnostischen Wert der flüssigen Blutbeschaffenheit bei plötzlichem Erstickungstod. u. über den Wert „docimasie hepatique". Vrtljhrschrft. f. ger. Med. 1902. Tom XXIII. Str. 11.

29) Samobójstwo przez zaczadzenie. Jak długo można wykazać CO we krwi osób zmarłych w pewien czas po zaczadzeniu. Przegl. lek. 1902. Str. 7.

b) to samo po niemiecku. Vrtljhrschrft. f. ger. Med. 1902. T. XXIII. Str. 4.

30) Przyczynki doświadczalne do nauki o otruciu tlenkiem węgla (wspólnie z Drem Lembergerem). Nowiny lek. 1902. Str. 4.

b) to samo po niemiecku. Vtrljhrschrft. f. ger. Med. 1902. T. XXIII. Str. 8.

31) Ueber die neue Lungenprobe. Münchener med. Wochenschrft. 1902. Str. 5.

32) O sądowo lekarskim znaczeniu próby wątrobowej. Nowiny lek. 1903. Str. 4.

b) to samo po niemiecku. Arztl. Sachverst. ztg. 1903. Str. 8.

33) o fizjo-patologicznym mechaniźmie utopienia (wspólnie z Drem Horoszkiewiczem). Rozprawy wydz. fiz.-matem. Akad. Um. Kraków 1904. Str. 42 i Biuletyn francuski str. 6.

34) O wnikaniu płynu do dróg oddechowych zwłok zanurzonych (wspólnie z Drem Horoszkiewiczem). Przegl. lek. 1904. Str. 18.

35) O zachowaniu się krwi w zwłokach utopionych (wspólnie z Drem Horoszkiewiczem). Tamże. 1904. Str. 12.

b) to samo po francusku (wspólnie z Drem Horoszkiewiczem). Arch. de Anthr. crim. 1905. Str. 12.

36) Experimentelle Studien zur Lehre vom Ertrinkungstod (wspólnie z Drem Horoszkiewiczem). Vrtljhrschft. f. ger. Med. 1904. T. XXVIII. Str. 65.

37) Ueber Veränderung der Haarfarbe. Arch. f. Kriminalantrop. 1905. Str. 9.

38) Zur Kohlenoxydvergiftung. Vrtljhrschrft. f. ger. Med. 1906. Tom XXXI. Str. 24.

39) Doświadczalny przyczynek do nauki o śmierci ze zmarznięcia. Now. lek. 1906. Str. 3.

b) to samo po niemiecku. Arztl. Sachverst-ztg. 1906. Str. 8.

40) Doświadczalne przyczynki do nauki o śmierci z utonięcia. Przegl. lek. 1906. Str. 28.

b) to samo po niemiecku. Vrtlhrschrft. f. ger. Med. 1906. T. XXXII. Str. 21.

41) Die modifizierte Tanninprobe. Vrtljhrschrft. f. ger. Med. 1907. T. XXXIII. Str. 1.

42) Ueber die modifizierte Tanninprobe zum Kohlenoxydnachweis im Blutt. Arztl. Sachverst-ztg. 1907. Str. 15.

43) Doświadczenia nad rozmieszczeniem tlenku węgla u zaczadzonych. Przegl. lek. 1913. Str. 10.

b) to samo po niemiecku. Vrtljhrschrft. f. ger. Med. 1914. T. XLVII. Str. 8.

44) Der Leichenbefund beim Ertrinkungstod. Vrtljhrschrft. f. ger. Med. 1917. T. LIV. Str. 8.

III. Dział: Prace kazuistyczne.

45) O przewrotnym popędzie płciowym. Przegl. lek. 1892. Str. 16.

b) to samo, po niemiecku. Friedreichs Blätter f. ger. Med. 1892. Str. VII.

46) O samobójstwie wogóle a w szczególności o samobójstwie w Krakowie od 1881—1892. Przegl. lek. 1893. Str. 18.

47) O śmierci nagłej. Tamże 1893. Str. 21.

48) Zur kazuistik der Phosphorvergiftungen. Fall von Fruchtabtreibung u .Mord. Zeitschrift. f. Med.-Beamte. 1894. Str. 4.

49) Przyczynki do kazuistycznych rzadszych przypadków samobójstwa. Nowiny lek. 1896. Str. 8.

b) to samo, po niemiecku Zeitschrift. f. med. Beamte. 1896. Str. 9.

50) Zadzierżgnięcie czy powieszenie; morderstwo czy samobójstwo. Przegl. lek. 1897.

51) Śmierć z uduszenia czy z utonięcia. Tamże 1897.

52) Morderstwo z rozkawałkowaniem zwłok. Tamże 1897.

53) Śmierć wskutek łechtania; wstrząs czy uduszenie? Tamże 1898.

b) to samo po niemiecku.Aerztl. Zentral Ztg. 1899.

54) Sprawa Ferberów. Przegl. lek. 1899. Str. 38.

55) Z kazuistyki samobójstw przez postrzał. Pamiętnik jubil. ku czci Prof. Korczyńskiego. Kraków 1899.

b) to samo, po niemiecku. Zeitschrift f. med. Beamte 1899. Str. 7.

56) O morderstwie z lubieżności. Przegl. lek. 1900. Str. 51.

57) Krytyczne uwagi w sprawie uranicznego poczucia płciowego. Krytyka lekarska 1900. Str. 141.

58) Selbstmord durch Vergiftung mit Kirschlorbeerwasser itd. Friedr. Blätter f. ger. Med. 1902. Str. 9.

59) Przypadek zbrodniczego rozkawałkowania zwłok. Przegl. lek. 1906. Str. 17.

b) to samo po niemiecku. Wiener med. Wochenschrft. 1906. Str. 12.

60) Z kazuistyki ciał obcych w rzyci. Przegl. lek. 1907. Str. 9.

b) to samo po niemiecku. Aerztl. Sachverst. Ztg. 1908. Str. 7.

61) Z kazuistyki t. zw. otruć mięsem. Lwowski Tygodnik lek. 1908. Str. 11.

b) to samo po niemiecku. Med. Klinik. 1908. Str. 8.

62) Z kryminologji wrodzonego niedołęstwa umysłu. Lwowski tyg. lek. 1908. Str. 9.

63) Wątpliwy stan umysłowy nałogowej oszustki. Nowiny lek. 1908.

64) Dzieci ofiarą znęcania się rodziców. Przegl. lek. 1908. Str. 10 (przełożona na język niemiecki przez Dra Segla w Medizin für Alle).

65) O zgwałceniu. Tamże 1909. Str. 15.

b) mniejwięcej to samo po niemiecku p. t. Zur Lehre von den sexuellen Delikten.-Vrteljschrift f. ger. Med. 1909. T. XXXVIII. Str. 18.

66) Z kazuistyki śmierci z postrzału; samobójstwo czy morderstwo. Przegl. lek. 1911. Str. 25.

67) Śmierć w uśpieniu zapomocą bromku etylu. Tamże 1911. Str. 15.

b) to samo po niemiecku. Aerztl. Sachverst. Ztg. 1911. Str. 10.

68) O szkieletach znalezionych na Wawelu w czerwcu 1913. Przegl. lek. 1914. Str. 15.

b) to samo po niemiecku. Arch. f. Kriminalantropologie. 1911. T. LVIII. Str. 13.

69) Wojna a zbrodnia. Przegl. współczesny. 1922. Str. 17.

b) to samo po niemiecku. Deutsche Zeitschrift. f. die gesamte Medizin. T. I. 1922. Str. 7.

IV. Dział: Prace dydaktyczne i popularne.

70) Kilka słów w sprawie protokołów oględzin sądowo-lek. i orzeczeń. Przegl. lek. 1893. Str. 8.

71) Metody badań niektórych lic sądowo-lekarskich. Rozprawy z zakresu med. prakt. Kraków 1893. Str. 24.

72) O obłąkaniu moralnem ze stanowiska antropologji kryminalnej. Przegl. lek. 1894. Str. 16.

73) Wykład wstępny na wydziale prawa Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie. Tamże 1894. Str. 6.

74) Fauna zwłok. Tamże 1895. Str. 10.

75) Sekcja sądowo-lekarska, protokół i orzeczenie. Rozprawy z zakresu med. prakt. Kraków 1895. Str. 27.

76) Wykład wstępny na wydziale lekarskim Uniw. Jag. Przegl. lek. 1895. Str. 16.

77) Medycyna sądowa w teorji i w praktyce. Przegl. prawa i administracji. 1896. Str. 30.

78) Uwagi nad oceną sądowo-lekarską błędów w sztuce. Przegl. lek. 1896.

79) O formalnych przewinieniach lekarskich, tamże 1898. Str. 19.

80) W sprawie projektu zniesienia oddziału dla obłąkanych przy szpitalu św. Łazarza, tamże 1900.

81) O pożarach teatrów, tamże 1904. Str. 17 i popularnie „Ognisko“. Warszawa 1904.

82) Gifte u Vergiftungen. W dziele popularnem Prof. Kosmana i doc. Weise p. t. die Gesundheit itd. Ein Hausbuch. Stuttgart 1905. Str. 16.

83) O obłąkaniu i jego przyczynach. „Ognisko“ Warszawa 1905. Str. 10.

84) Die Diagnose des Ertrinkungstodes. Vrteljschrft. f. ger. Med. 1907. T. XXXIII. Str. 20.

85) Z psychologji zeznań świadków. Czasopismo prawnicze. 1909.

86) O rozpoznawaniu śmierci z gwałtownego uduszenia. Przegl. lek. 1912.

87) Demonstrationen aus dem Gebiet der gerichtl. Toxicologie. Amtsarzt. 1912. Str. 7.

88) O trującem działaniu gazów wojennych. Polska Gazeta lek. 1923. Str. 14.

V. Dział: Prace historyczne i historyczno-literacko-lekarskie.

89) Leon Halban. Wspomnienia pośmiertne. Przegl. lek. 1897. Str. 4 i Krytyka lek. 1897. Str. 5.

90) Sdward Hofmann. Wspomnienie pośmiertne. Przegl. lek. 1897. Str. 4.

91) Cezare Lombroso. Wspomnienie pośmiertne. tamże 1910. Str. 8.

92) Z historji trucizn i otruć. Przegl. lek. 1903. Str. 30. i popularnie „Ognisko“ Warszawa 1903.

93) Sto lat istnienia katedry medycyny sądowej w Uniw. Jag. Zarys dziejowy. Przegl. lek. 1905. Str. 38.

94) Sacher-Masoch im masochizm. Szkic literacko psychjatryczny. Przegl. lek. 1907. Str. 40.

95) Szekspir a medycyna sądowa. Tamże 1911. Str. 7.

96) Obojnak przed sądem w Kazimierzu R. P. 1561. Przyczynek do dziejów obojnactwa, tamże 1911. Str. 12.

b) to samo po niemiecku Vrteljschrft. f. ger. Med. 1911. T. XLI. Str. 8.

97) Z przeszłości wydziału lekarskiego Wszechnicy Lwowskiej Rocznik lekarski. T. II.

98) Medycyna w wiekach średnich. (Wykład w serji wykładów powszechnych). Nowa Reforma 1920.

99) Z dziejów Zboru Ewangielickiego w Krakowie. Reformacja w Polsce 1921. Nr. 4. Str. 6.

100) O szpitalach innowierców w Krakowie. Szkic historyczny. Archiwum historji i filozofji medycyny 1925. T. II. Zesz. 2.

PRACE ORYGINALNE.

Aleksander BAUROWICZ. Kraków.

Rozważania w oznaczaniu siedziby ciał obcych w górnych drogach przewodu pokarmowego.

Na przedostanie się pokarmu z jamy ustnej do żołądka, składają się dwa akty, przechodzące bezpośrednio jeden w drugi: akt połknięcia i przełknięcia, pierwszy w zakresie gardła *(pharynx)*, drugi przełyku *(oesophagus)*. Gardło anatomiczne sięga poza krtań, aż do dolnej krawędzi chrząstki obrączkowatej krtani, gdzie zaczyna się przełyk, odgraniczony od połyku cieśnią, zwaną „ustami“ przełyku. Dalej przełyk w swej całej długości ma, przy prawidłowych stosunkach w klatce piersiowej, rozmiary jednakowe, aż na wysokości przepony względnie u wejścia do żołądka, napotyka drugą cieśń, zwaną wpustem żołądkowym.

Dolna część gardła, kryjąca się za krtanią, stawia już fizjologicznie pewien opór, który pokonywa skurcz dolnego zwieracza gardła, a wtedy pod naciskiem otwierają się „usta“ przełyku i pokarm już bez żadnej trudności przechodzi przełyk, by wreszcie przez otwarcie się wpustu, dostać się do żołądka.

Z łatwością przy wykonywaniu aktu połykania, szczególnie wobec za dużego kęsu, spostrzec możemy na sobie samym, jak akt ten ku końcowi pokonać musi opór okolicy pozakrtaniowej gardła. W tem też miejscu, za duży kęs albo powiedzmy ciało obce, napotka na opór w swej drodze do przełyku, zanim uda się dolnemu zwieraczowi gardła, przepchać je do przełyku. Bardzo często jednak ciało obce nie zdoła się przedostać do przełyku i uwięźnie w pozakrtaniowej części gardła, względnie u wejścia do przełyku, skąd nieraz ruchy zwrotne zdołają z powrotem ciało obce wyrzucić do średniej części gardła, względnie do jamy ust. Pomaga sobie w tem osobnik, starając się palcem sięgnąć do dolnej części gardła, by przez pobudzenie się do ruchów zwrotnych ciało uwięzłe usunąć. Nie zawsze się to jednak udaje i ciało obce utkwi nieraz mocno, nie z powodu swej szczególnej wielkości, ale wskutek zaklinowania się swemi brzegami między ściany gardła u wejścia do przełyku, w wymiarze najczęściej poprzecznym.

Ciało obce po przejściu cieśni przełykowej, o ile nie zatrzyma się po drodze czy to z powodu swej szczególnej wielkości, czy to zadzierzystych brzegów, ostatecznie wstrzymane zostanie tuż nad wpustem, skąd (względnie wogóle z przełyku) w korzystnych warunkach może powtarzaną czynnością przełykową, przy użyciu pokarmów stałych, jak ziemniaki lub chleb, przedostać się wreszcie przez wpust do żołądka.

Odległość od brzegu zębów do początku cieśni przełyku wynosi u mężczyzn średnio 15 ctm, u kobiet 14 ctm, a u dzieci zależnie od wieku, od 7—14 ctm.

Niekiedy już przy zwykłem oglądaniu dolnej okolicy gardła w lusterku krtaniowem, zauważymy czy nagromadzającą się wydzielinę ślinową w dnie zatoki gruszkowatej; czy obrzmienie w obrębie tylnej powierzchni, jednej zazwyczaj chrząstki nalewkowatej, wreszcie dolnej części tylnej i bocznej ściany gardła, które naprowadza nas na to, że ciało obce tkwi w pozakrtaniowej części przełyku, rzadziej w dnie zatoki gruszkowatej. Pod warunkiem że znalezione obrzmienie nie jest wyrazem urazu, zależnego od ciała obcego względnie tegoż przejścia, wreszcie urazu zadanego palcem osobnika, usiłującego ciało obce usunąć. Możemy je tu w istocie dosięgnąć, w wyjątkowych razach, przy obmacywaniu tej części gardła palcem, o ile badający ma małą rękę (lewą), która znaleść się musi przy badaniu w jamie ust badanego i ustalić, iż ciało obce znajduje się w części pozakrtaniowej gardła lub w dnie zatoki gruszkowatej. Możemy ostrożnem badaniem gałką większą, użyta w charakterze zgłębnika, stwierdzić obecność ciała obcego w dolnej części gardła choć nieraz gałka, zwłaszcza za mała, przejść może z łatwością obok ciała obcego i zmylić pozornie badającego, kiedyindziej wyczujemy wyraźnie ciało obce względnie przejście gałki obok ciała obcego, zwłaszcza, gdy ciało obce jest twarde. Gałka na zgłębniku ma tu wtedy znaczenie jakby przedłużonego palca.

Nadzwyczajną pomocą w ustaleniu obecności ciała obcego, a w szczególności tegoż siedziby, będzie prześwietlenie gardła i przełyku promieniami X, które zawiedzie przy ciele obcem zbyt małem, względnie przepuszczającem promienie. Przy braku jednak wyraźnego obrazu ciała obcego, posłużenie się połykaniem papki bizmutowej, wykaże nam, czy akt połknięcia względnie przełknięcia odbywa się prawidłowo, czy nie natrafia na przeszkodę i w którem miejscu. Niekiedy dopiero oglądanie za pomocą rury przełykowej wykluczy stanowczo obecność ciała obcego. Ciało obce stwierdzone na wysokości brzegu dolnej granicy pozakrtaniowej części gardła, oznaczone być musi jako ciało, znajdujące się w gardle u wejścia do cieśni przełyku.

Do uwidocznienia w lusterku krtaniowem, pozakrtaniowej części gardła, możemy się też posługiwać przyrządem Eicken'a, który wprowadzony do wnętrza krtani, zdoła krtań odciągnąć od kręgosłupa ku przodowi; mniej się do tego nadaje przyrząd Gerber'a, którym przechodzimy poza krtań, gdyż zawadzić możemy nim o ciało obce lub zepchnąć je niżej. Do odciągnięcia wreszcie krtani od kręgosłupa, dla uprzystępnienia sobie pozakrtaniowej części gardła, szczególnie dla ułatwienia też wprowadzenia rury przełykowej przy zamierzonem wydobyciu już stwierdzonego ciała obcego, bardzo się nadają kleszcze Brügemann'a, które pociąga pomocnik, zostawiając swobodę ręce operatora.

Pozostaną tedy jako sposoby pomocnicze co do wykluczenia obecności ciała obcego w części pozakrtaniowej, prześwietlenie promieniami X, jako najczęściej niezawodne, obok obmacywania palcem względnie gałką na zgłębniku, wreszcie oglądanie w rurze przełykowej.

Niestety wyjątkowo oznaczamy ciało obce znajdujące się w pozakrtaniowej części gardła, jako obecne w gardle, *(Hypopharynx)*, a mianujemy je ciałem obcem w przełyku, co jest zasadniczo błędne, gdyż ciało obce z gardła, względnie z wejścia do cieśni przełyku usunąć się daje bez porównania łatwiej i szybciej, aniżeli ciała obce z przełyku, a także siedziba tego ciała w gardle, *(hypopharynx)* może nie mieć żadnych następstw nie-

bezpiecznych dla życia osobnika i ciało obce może tam bez szkody zalegać szereg dni i tygodni. Niekiedy zdumiewać się trzeba, jak osobnik przyzwyczaja się do ciała obcego uwięzłego w tej części gardła i, gdy pokarmy, choćby tylko płynne względnie miękkie, przechodzą obok do przełyku, wcale się nie troszczy o usunięcie ciała obcego, aż póki niedrożność w przejściu pokarmów, nie zmusi go do zasięgnięcia porady. Znalazłem raz jako ciało obce w gardle *(hypopharynx), a* raczej na dnie zatoki gruszkowatej prawej, kość, tak obrośniętą wybujałą, a po części już zorganizowaną ziarniną, iż oglądając widziało się jakby nowotwór w zakresie pozakrtaniowej części gardła, a jedynie opierając się na wywiadach znalazłem ciało obce, które nie bez trudności usunąłem. Niewątpliwie i ciało obce w przełyku może zalegać dłuższy czas bez szkodliwych następstw, co zależy od rodzaju ciała obcego.

Czytając opisy ciał obcych wydobytych z przełyku, nawet w pracach oryginalnych, widzimy, że w dużej liczbie tych przypadków ciało tkwiło w rzeczywistości w gardle *(hypopharynx)*, a nie w przełyku przez co i w ogłoszonych statystykach błąd ten zasadniczy stale się powtarza. To jest też powodem, dlaczego w sprawie ścisłego oznaczenia siedziby ciała obcego zabieram głos, a w szczególności odnosi się to też do przypadków ogłoszonych w streszczeniach, gdzie najczęściej nie możemy ustalić, czy ciało obce było w gardle *(hypopharynx)* czy w przełyku. Podobnie w streszczeniach prac opisujących wydobycie ciał obcych z tchawicy czy oskrzela, brak często podania, czy wydobyto je drogą naturalną, czy po rozcięciu tchawicy. Niekiedy uderza, że piszący o ciałach obcych w nagłówku nazywa je ciałami obcemi w przełyku, a w tekście wyraźnie podaje w jednych przypadkach siedzibę w pozakrtaniowej części gardła, a innych w przełyku, oznaczając nieraz dokładnie odległość znalezionego ciała obcego od brzegu zębów, co z łatwością odczytuje się na rurze przełykowej oznaczonej podziałką. Z podanej odległości nieraz widzimy, iż ciało obce nazwane ciałem w przełyku, znajdowało się bezsprzecznie na dnie gardła, gdzie też stwierdzono je promieniami X, albo piszący podaje, iż ciało obce wyczuł palcem, a mimo tego nazywa je ciałem obcem w przełyku.

Uwzględniając tedy ścisłe oznaczenie siedziby ciała obcego, przekonamy się o rzeczywistej częstości ciał obcych w gardle *(hypopharynx)*, względnie w przełyku, przyczem stwierdzimy, ile razy ciało obce zatrzymane w górnej drodze przewodu pokarmowego, istotnie znaleziono w pozakrtaniowej części gardła, a ile razy w przełyku. Ta zasadnicza różnica siedziby, pozwala na pomyślne rokowanie przy ciele obcem w gardle *(hypopharynx)*, które prawie zawsze da się usunąć bez jakiegoś powikłania, czego przy ciele obcem w przełyku, nie zawsze należy oczekiwać, bo już z powodu samej obecności ciała obcego w przełyku grozi niebezpieczeństwo zakażenia śródpiersia, do czego przyjść też może przy wydobyciu, zwłaszcza ciała obcego zadzierzystego, jakiem jest często kość, otwarta agrafka, wreszcie proteza zębowa z haczykami. W przypadkach tych niekiedy nie pozostanie inna droga do usunięcia uwięzłego ciała obcego w przełyku, jak rozcięcie zewnętrzne przełyku, co stanowi zabieg bardzo poważny, zwłaszcza, gdy ciało obce utkwiło nie w części szyjnej, ale piersiowej przełyku.

Stanisław PROGULSKI i Fryderyk REDLICH. Lwów.

O wartości zapobiegawczej nowej zwierzęcej surowicy przeciwodrowej Degkwitza [1]).

Z Kliniki Pedjatrycznej Uniw. Jana Kazimierza.
Dyr.: Prof. Dr. Fr. Gröer.

Myśl ubezpieczania przeciw odrze poczęła się urzeczywistniać dopiero wówczas, kiedy się przekonano, że choroba ta nie jest bynajmniej tak lekką i niewinną, jakby się pozornie zdawało. Do zmiany zapatrywań o nieszkodliwości odry, zdawna i ogólnie panujących, przyczyniło się z jednej strony dokładne zapoznanie się z kliniką tego schorzenia i rozpatrzenie jego stosunku do innych zakażeń, z drugiej zaś — ogromny rozwój opieki nad małem dzieckiem. Należy bowiem pamiętać, że prawdziwy stan rzeczy we wszystkiem, co dotyczy małego dziecka, a więc jego rozwój fizyczny, chorobowość, śmiertelność i t. d. stanowił do niedawna dziedzinę zupełnie zaniedbaną i nie interesującą nikogo, nawet pedjatrów.

Klinika odry pouczyła, że choroba ta w czasie jej trwania pozbawia ustrój zdolności korzystnego oddziaływania na inne zakażenia i że pod jej wpływem szczególnie niepomyślnie układa się stosunek ustroju do istniejącego w nim zakażenia gruźliczego (anergja). Społeczno-lekarska opieka nad małem dzieckiem przyniosła znów to spostrzeżenie, że odra przebiega z największym odsetkiem śmiertelności u dziecka między 2—6 r. życia. Na wysokość jego wpływają warunki higjeniczne i materjalne, w jakich się dziecko chowa. To też w warstwach uboższych, gdzie najtrudniej o dobroć tych warunków, porywa odra najwięcej ofiar ze wszystkich chorób zaraźliwych wieku dziecięcego. Dzieci dotknięte krzywicą, przewlekłemi zaburzeniami odżywiania, niedokrwistością i t. p. narażone bywają najbardziej. Nie mniejsze niebezpieczeństwo zagraża małym dzieciom chowającym się w zakładach, przytułkach lub sierocińcach. Śmiertelność w nich na odrę wybuchającą zazwyczaj nagminnie, dochodzi do 20—30%, a w zakładach zaniedbanych pod względem higjenicznym nawet do 50%!

W świetle tych faktów wyłania się jako gorący postulat Pfaundlera, aby odrę, jako chorobę dla małego dziecka niebezpieczną, przesunąć o ile możności na wiek szkolny. W tym bowiem okresie nie przedstawia ona poważniejszego niebezpieczeństwa.

Z końcem 1919 roku podał Degkwitz sposób zapobiegania odry, który mógł stworzyć podstawy dla urzeczywistnienia postulatu monachijskiej szkoły. Okazało się, że surowica ozdrowieńców po odrze, zebrana między 7—10 dniem po spadku ciepłoty obfituje w tak wielką ilość niweczników, że mała ilość takiej surowicy, gdyż 2.5—3 cm^3, zdoła uchronić dziecko od odry, choćby już nawet nią zakażone, byle od chwili zakażenia nie upłynęło więcej niż cztery dni. W razie jeśli trwa ono nieco dłużej t. j. 5—6 dni, można jeszcze dziecko uchronić od zachorowania, ale trzeba mu wówczas wstrzyknąć podwójną dawkę surowicy. — Po sześciu dniach niemożna już w żaden sposób powstrzymać wybuchu choroby.

Odkrycie to, które Degkwitz praktycznie opracował w roku 1920 i jako szczegółową metodę ujął w ramy organizacyjne, przyjęto ze zrozumiałym zapałem. Ogromna ilość prac w różnych krajach, wykonanych ściśle według poleceń samego twórcy pomysłu, potwierdziła ochronną wartość metody z małymi tylko wyjątkami. Nieliczne niepowodzenia przypisać należy błędom technicznym, bądź niedostatecznej zawartości niweczników w surowicy ozdrowieńca.

Surowicę ludzką poczęły ochronnie stosować prawie wyłącznie szpitale i zakłady dziecięce, które też same od swych chorych ją zbierały, natomiast z trudnością mógł się nią posłużyć lekarz w praktyce prywatnej. Albowiem zastosowaniu surowicy na większą skalę stanął na przeszkodzie szereg okoliczności, często nie dających się pokonać. Do najważniejszych zaliczyć należy fakt, że bywa jej zwykle za mało, aby pokryć w zupełności zapotrzebowanie. Ponieważ nie można jej nabyć w handlu, trzeba się po nią zwracać do szpitali dziecięcych, które jednak zmuszone same mieć ją w pogotowiu dla własnego użytku, udzielają jej niechętnie. Nie łatwem jest również otrzymanie samej surowicy. Skuteczność jej zależy, w myśl żądań Degkwitza, od tego, aby ją zebrać przynajmniej od kilku ozdrowieńców, najlepiej od dzieci starszych lub osób dorosłych. Pobierania jej dokonać można tylko od jednostek wolnych od chorób zaraźliwych, co jednak mimo wszelkich ostrożności nie zawsze dało się przeprowadzić. W ostatnich czasach zdarzyły się przypadki zakażenia gruźlicą tak umiejscowioną *(tbc. cutis)* jak i ogólną [2]).

Dalszą wreszcie trudność w szerszem zastosowaniu surowicy ludzkiej stanowił ściśle ograniczony termin, do którego można ją było stosować z wynikiem korzystnym w danym przypadku. Wynosił on sześć dni od chwili zakażenia się odrą i nie mógł być przekroczonym. Tymczasem, jak codzienne doświadczenie poucza, lekarz bywa wzywany dość późno t. j. wówczas, gdy stan chorego zaczyna niepokoić otoczenie, innemi słowy, gdy odra zaczyna się wikłać. Wówczas też rodzeństwo chorego, które można było uchronić, jest już zakażone i jak to z obliczenia wypada, conajmniej od dni pięciu (od chwili największej zaraźliwości źródła infekcji). Ostatnia więc chwila do skutecznego wstrzyknięcia, t. j. pierwszy dzień wysypki u dziecka zakażającego, przeważnie już minęła.

Przytoczone powody, jako ujemne strony metody nasuwały konieczność innego rozwiązania, a przedewszystkiem zastąpienia surowicy ludzkiej zwierzęcą, która byłaby łatwą do nabycia każdej chwili dla wszystkich. Sam Degkwitz przekonany o wyższości surowicy zwierzęcej jako *terapeuticum*. dokonał całego szeregu prac doświadczalnych na zwierzętach celem ich

---

[1]) Rzecz wygłoszona na I. posiedz. Lwowskiego Tow. Pedjatrycznego 18. III. 1926.

[2]) Kundratitz, cyt. w. Verhandl. d. deutsch. Gesell. f. Kinderh. 1925. Str. 171.

uodpornienia. Wstrzykując małpom *(maccacus rhesus)* przefiltrowaną wydzielinę jamy nosa i gardła dzieci chorych na odrę w najbardziej zaraźliwym okresie, jakoteż krew ich zdołał te zwierzęta zakazić. W kilkanaście dni po wstrzyknięciu dostawały one nieżytu nosa, spojówek i oskrzeli, a w dwa tygodnie po przebyciu tego schorzenia, surowica ich wykazywała własności ochronne przeciw odrze. Z doświadczeń tych okazało się, że zarazek odrowy, jakkolwiek bliżej nieznany, znajdywał się w nieżytowych wydzielinach chorych, przechodził przez sączki i dawał się nawet hodować. Jako pożywki używał Degkwitz mieszaninę plazmy krwi dziecięcej rozcieńczanej płynami fizjologicznymi o tem samem stężeniu jonów wodorowych co w krwi. W ten sposób rzekomy zarazek odrowy trzymany w cieplarce rozmnażał się. Tym też jadem odpowiednio rozcieńczonym udało się Degkwitzowi zakazić[3]) dzieci i zwierzęta. Po czternastu dniach dostawały dzieci gorączkowego nieżytu nosa i oskrzeli bez wysypki odrowej. Po przebyciu tych schorzeń nabywały odporności przeciw odrze. Odpowiedniem zwierzęciem dla wytwarzania surowicy przeciwodrowej okazały się także barany. Użyto ich z tego względu, aby w razie konieczności wstrzyknięcia kiedyś u tychsamych dzieci surowicy przeciwbłoniczej, t. j. końskiej, niknąć wstrząsu anafilaktycznego. Surowica taka (z fabryki M. Lucius w Höchst) zastrzyknięta w ilości 10 cm³ dziecku 4-letniemu n i e w c z e ś n i e j jak między 7—10 dniem po dokonanem już zakażeniu odrą, ma je uchronić od choroby. Ta dawka jest to t. zw. jednostka ochronna. Termin 7—10 dn. wyraźnie podkreślony przez Degkwitza jest tym, który odpowiada 3—5 dn. trwającej wysypki u osobnika zakażającego.

Wyniki przy użyciu tej surowicy zebrane w przeszło 150 przyp. przedstawił jej autor w zestawieniu cyfrowem z którego okazuje się, że próby dokonywane były serjami u dzieci małych, jakoteż u niemowląt przeważnie w zakładach. Wyniki ich pozostawały w ścisłej zależności od terminu, w którym surowicę wstrzyknięto. Przypadki zastrzykiwane wcześniej, t. j. w pierwszych dniach okresu wylęgania zachorowały na odrę, natomiast ubezpieczone surowicą między 7—10 dniem od zakażenia nie zapadały na odrę. W kilku tylko przypadkach uległy chorobie w bardzo lekkiej postaci *(morbilloid)*.

Różnica między sposobem działania obydwóch surowic t. j. ludzkiej i zwierzęcej jest następująca. Podczas gdy zasadniczym warunkiem skuteczności surowicy ludzkiej jest zastosowanie jej jak najwcześniej, jeśli już nie przed zakażeniem się, to przynajmniej w pierwszych 5 dniach, — przeciwnie ma się rzecz z surowicą zwierzęcą. Tę należy wstrzykiwać jak najpóźniej, o ile możności już w okresie zwiastunów. Odmienność działania tłumaczy Degkwitz tem, że surowica zwierzęca wywiera wpływ hamujący wybuch choroby tylko przez krótki czas, gdyż jako obcogatunkowe białko prędzej ulega rozpadowi i prędzej wydala ją ustrój niż surowicę ludzką. Wobec tego, że działanie jej polegające na niedopuszczeniu do połączenia się antigenu odrowego z wciąż wytwarzającymi się niwecznikami przypaść powinno właśnie w chwili największego tychże niweczników wytworzenia się t. j. tuż przed okresem zwiastunów, przeto rola tejże surowicy jest w tym okresie najbardziej aktualną. Obecność jej będzie niezbędną właśnie w tej chwili, a nie innej i dlatego też surowica zwierzęca wstrzyknięta zawcześnie, zadania swego spełnić nie jest w stanie.

Z punktu praktycznego zastosowania okoliczność ta przedstawiałaby wprawdzie tę korzyść, że lekarz posługujący się nią, nie przychodziłby „za późno", jak to przy użyciu surowicy ludzkiej często bywało. A jednak i przy stosowaniu surowicy zwierzęcej napotyka się na pewne trudności. Oznaczenie dnia okresu wylęgania nie jest bynajmniej rzeczą łatwą, jakby się to na pierwszy rzut oka wydawało. Albowiem czas trwania wysypki u źródła zakażenia nie zawsze może być wytyczną, na której w zupełności oprzeć się można. Szczególniej odnosi się to do zakładów, gdzie przy większej ilości przypadków trudno jest z całą dokładnością oznaczyć dzień zakażenia, a przecież od ścisłości oznaczenia powyższych terminów zależy powodzenie zabiegu.

Prac kontrolnych o skuteczności nowej metody Degkwitza jest zaledwie trzy, zapewne wskutek krótkiego czasu jaki upłynął od ukazania się w handlu surowicy baraniej. Wiese, który pierwszy stosował ją na szeroką skalę w zakładzie dla dzieci gruźliczych wyraża się z wielkiem uznaniem o jej działaniu zabezpieczającem. Praca ta wykazuje jednak cały szereg sprzeczności i niezgodności z przepisami podanymi przez samego twórce metody, budząc w ten sposób poważne wątpliwości. W zakładzie Wiesego, wybuchła odra. Chcąc położyć kres tej groźnej dla dzieci gruźliczych epidemji, zwrócił się Wiese do Degkwitza z prośbą o przysłanie odpowiedniej ilości surowicy ozdrowieńców. Tymczasem Degkwitz wysłał surowicę zwierzęcą, o czem jednak Wiese dowiedział się dopiero po trzech miesiącach! Nieporozumienie to stało się źródłem całego szeregu ciekawych omyłek. W przekonaniu, że chodzi o surowicę ozdrowieńców starano się wstrzykiwać ją jaknajwcześniej, ubezpieczano nią nawet dzieci w dniu przyjęcia do zakładu (wbrew przepisom Degkwitza!) t. j. przed możnością zarażenia się odrą, przyczem dzieci dostawały tylko 3 cm³ surowicy zamiast 10 cm³! Na podstawie tego rodzaju doświadczeń przyszedł Wiese do przekonania, że surowicę przysłaną mu przez Degkwitza należy wstrzykiwać jak najwcześniej, zastosowana zaś pomiędzy 7—9 dniem wylęgania, nie chroni ona już od wystąpienia odry!

Sprzeczność między Degkwitzem, który ostrzega przed zbyt wczesnem uodpornieniem, a Wiesem, który otrzymał dobre wyniki wstrzykując właśnie w tymże okresie wylęgania jest tak uderzająca, że nasuwa *a priori* poważne wątpliwości co do samej metody.

Kaupe i Kochmann przestrzegają przed użyciem surowicy baraniej, która — ich zdaniem — nie jest w stanie uchronić od zakażenia odrowego.

Te sprzeczne zdania o nowej metodzie skłoniły nas do ogłoszenia wyników naszych badań nad wartością surowicy zwierzęcej, przysłanej nam wprost od Degkwitza, celem jej wypróbowania, które rozpoczęliśmy z końcem r. 1925.

Od szeregu miesięcy panuje tak we Lwowie, jak i w całem województwie lwowskiem wielka epidemja odry i nic też dziwnego, że poszczególne przypadki przy kalejdoskopowo zmiennym ruchu chorych klinicznych, przedostawały się na oddziały nasze, stając się źródłem t. zw. zakażeń domowych. Ponadto kilka przypadków pochodziło z praktyki prywatnej, gdzie sami rodzice w przyp. odry domagali się ubezpieczenia ochronnego[4]) reszty rodzeństwa. Chorych naszych mieliśmy sposobność śledzić z całą drobiazgowością[5]) od pierwszej chwili zakażenia się odrą. Uwagi naszej nie uszedł żaden objaw, dotyczący zachowania się stanu chorych, a zwłaszcza samego sposobu zakażenia się i zależności tego ostatniego od okresu i miejsca, w którem się znajdywała osoba zarażająca. Również podnieść należy, że obserwacje nasze mają charakter indywidualnego opracowania t. j. od przypdku do przypadku i właśnie dzięki tej okoliczności wartość ich może być równa eksperymentowi klinicznemu. One to pouczyły nas jak bardzo trzeba być ostrożnym w ocenie wartości poszczególnych metod zapobiegawczych w odrze. Okazuje się, że tylko wtedy można przyjąć wyniki z tego zakresu za istotne, jeśli wypełniają wszystkie żądania jakie poniżej zestawiliśmy.

Dla oceny przeto danej metody ważnym jest przedewszystkiem fakt, że odra już w 20—24 godz. po wystąpieniu wysypki przestaje być zaraźliwą[6]), wobec czego szczepienia ochronne wykonane u dzieci, które zetknęły się z chorymi w okresie rozlanej już wysypki, jak to nieraz bywa, gdy przez omyłkę dziecko z wysypką odrową, zwłaszcza nietypową, zostaje przyjęte na oddział niewłaściwy, nie przedstawiają żadnej wartości, gdyż nic świadczą o niczem.

Ważną rolę odgrywać musi odległość dzieci narażonych na zakażenie od źródła zakażenia. Wiemy wprawdzie, że odra przenieść się może również przez korytarze na sale sąsiednie[7]), ale możliwość zakażenia jest — rzecz jasna — o wiele większa, gdy dzieci znajdują się w tej samej sali, gdzie zetknięcie ich jest bardziej bezpośrednie (wspólne zabawy i t. d.). Jako dowód służyć może spostrzeżenie Rietschla, z którego okazało się, że trzy przypadki kontrolne leżące w łóżkach znacznie oddalonych od dziecka chorego na odrę nie zaraziły się, podczas gdy dwoje dzieci szczepionych krwią dorosłych, znajdujących się w pobliżu chorego zachorowało. Dokonanie zakażenia wśród rodzeństwa w domu prywatnym jest najpewniejsze.

Dalej koniecznem jest żądanie, aby pewna część przypadków niechronionych pozostawiono dla kontroli, i dokładne wywiady co do przebytych chorób wysypkowych.

Jeśli więc w piśmiennictwie spotyka się tak różne wyniki, mimo że autorzy posługiwali się tą samą metodą zapobiegawczą, to należy je przypisać nie dość ścisłemu przestrzeganiu warunków, które przytoczyliśmy.

---

[3]) Sprawozdanie ze Ziazdu lek. niem. i przyrodn. 1921. w Jenie.

[4]) Surowica ta była już w handlu. M. Lucius w Höchst.

[5]) Badania krwi u chorych na odrę. Maternowska i Redlich, w opracowaniu.

[6]) Redlich. Klin. Wochenschrift. 1926. Nr. 5.

[7]) Progulski i Jasiński. Pediatria polska. 1922.

Załączona tablica objaśnia nasze wyniki, jakie uzyskaliśmy wstrzykując surowicę zwierzęcą w rozmaitych dniach okresu wylęgania odry.

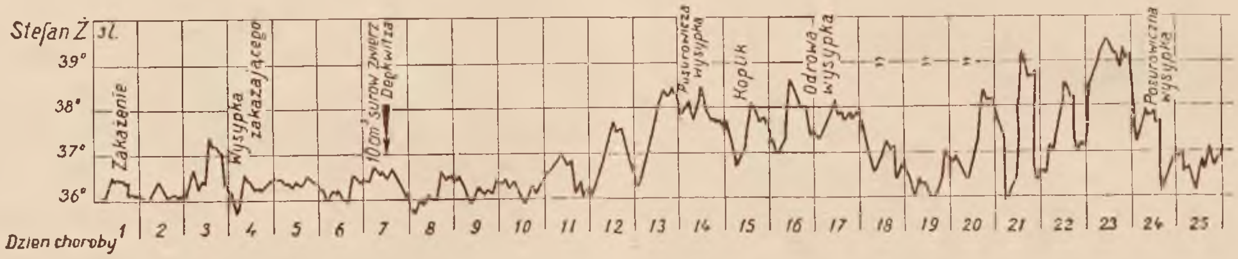
Tablica I.

Dzień wylęgania	Ilość przypadków	Zachorowało	Nie zachorowało	Uwaga
1	—	—	—	
2	—	—	—	
3	—	—	—	
4	1	1	—	
5	2	2	—	
6	—	—	—	
7	5	5	—	1 + br. pneumonia
8	3	3	—	1 + br. pneumonia
9	3	3	—	
10	—	—	—	
11	—	—	—	
12	—	—	—	
13	1	—	1	
14	—	—	—	
	15	14	1	

Po pierwszych kilku przypadkach zastrzykiwanych bardzo wcześnie z wynikiem ujemnym, stosowaliśmy się w następnych ściśle do poleceń Degkwitza. Mimo to w żadnym przypadku nie tylko nie zdołaliśmy uchronić dzieci od choroby, ale nie stwierdziliśmy nawet żadnego złagodzenia odry. W jednym tylko przypadku, gdzie wstrzyknęliśmy surowicę zapobiegawczo w 13! dniu od chwili rzekomego zakażenia, odra nie zjawiła się. Mimo wszystko nie można tu wykluczyć zwyczajnej przypadkowości, która sprawiła, że chory ten wogóle nie zaraził się, mimo, że miał ku temu sposobność (przypadek kontrolny zachorował). Przypuszczenie to wyrażamy na podstawie, iż przypadki niezarażania się dzieci, które odry jeszcze nie przebyły, a stykały się z chorymi na odrę bezpośrednio i przez czas dłuższy zdarzać się jednak mogą (czasowa oporność). Dalej, iż chory ten w 13 dniu od zakażenia miał wprawdzie lekki nieżyt nosa, ciepłotę 37.6, ale nie miał Koplika, który byłby wówczas rozstrzygającym. Wreszcie że chory ten w kilkanaście dni później po injekcji już, mając ponowną sposobność zakażenia, nabawił się wreszcie odry, tymczasem wedle poglądów Degkwitza po injekcji surowicy i przebyciu kataralnych już objawów odrowych powinien był uzyskać czynną, a więc długotrwałą odporność.

Zauważyliśmy dalej, że przypadki kontrolne przebiegały nieraz łagodniej od zastrzykiwanych. W dwóch przypadkach zastrzykiwanych w 7. i 8. dniu zakażenia, nie zapobiegła surowica ciężkim powikłaniom, które nawet zakończyły się śmiercią. U 9. chorych poza zachorzeniem na odrę, wystąpiła nadto choroba posurowicza, objawiająca się wysoką gorączką i silnie swędzącą pokrzywką. Wysypka ta przeciągała się kilka dni nie ukazując się nigdy równocześnie z wykwitami odry lecz zawsze naprzemian. W przypadku, którego krzywę gorączkową przedstawiamy, choroba podzieliła się jak gdyby na dwa okresy. Przez kilka dni trwała pokrzywka, znikła wreszcie ustępując miejsca wysypce odrowej, a kiedy ta przygasła, z powrotem zjawiły się bąble surowiczego pochodzenia.

W obrazie krzywej widoczne są jakby dwa nasilenia gorączkowe, jedno wywołane odrą, drugie chorobą posurowiczą. Skutkiem tej naprzemiennej kolejności wysypek niepotrzebnie przedłużył się czas chorowania.



Zjawisko przeciągania się okresu wylęgania odry pod wpływem surowicy zwierzęcej zauważone już przez Degkwitza spostrzegaliśmy również. Okres ten przedłużał się stale o dni kilka, w dwóch przypadkach wysypka odrowa ukazała się zamiast 14-go dnia dopiero 21-go, a raz 22-go! Chorzy więc nasi skutkiem zabiegów ochronnych nie zyskali niczego, nie uniknęli również choroby posurowiczej, która bynajmniej nie przeszła zbyt lekko. Podnieść wreszcie należy niepomiernie wysoką cenę surowicy, której jedna „dawka ochronna" t. j. ampułka, zawierająca 10 cm³ wynosi u nas 2.5 dolara! W Niemczech cena 6 Mk. spotkała się z protestem ze strony lekarskiej[8]).

Streszczenie.

1. Nowa surowica zwierzęca Degkwitza, wstrzykiwana w 14 przypadkach zarówno w pierwszych dniach wylęgania odry, jak i w większości przypadków tuż przed okresem zwiastunów, nie uchroniła chorych od choroby.

2. W 9. przypadkach wystąpiła choroba posurowicza o charakterze dość ciężkim.

3. Okres wylęgania u zastrzykiwanych przedłużał się pod wpływem surowicy od 2 do 8 dni.

4. Nowej metody ubezpieczenia surowicą baranią Degkwitza, tak jak ona przedstawia się dzisiaj, polecać nie można.

Piśmiennictwo:

1) Degkwitz: Münch. med. Woch. 1926. Z. 5. i 6. — 2) Gröer i Pirquet: Odra w podręczniku Pfaundler-Schlosman. — 3) Kaupe: Med. Kl. Nr. 6. 1926. — 4) Kochmann: Deut. Med. Woch. Nr. 14. 1926. — 5) Rietschel: Zeitschrift. f. Kinderheilkunde 1921. T. 29. — 6) Wiese: Münch. Med. Woch. Nr. 5. 1926.

8) Kaupe i Kochmann.

WYKŁAD KLINICZNY.

Prof. Dr. Aleksander ROSNER. Kraków.

Z dziedziny wątpliwości i pomyłek na pograniczu rozpoznawczem ginekologji.

Wykład wygłoszony dnia 24. III. w Krakowskiem Towarzystwie Lekarskiem z okazji kursu dopełniającego dla lekarzy.

I.

Wątpliwości rozpoznawcze musi mieć każdy diagnosta myślący, który nie zadawalnia się powierzchownem rozpoznaniem, tylko stara się doprowadzić je do doskonałości. Ale i taki myli się często, bardzo często, co jest zrozumiałem wobec faktu, że doskonałem może być tylko jego staranie się o dotarcie do prawdy, ale dalekimi od doskonałości są i metody badania, a więc sposoby zbierania przesłanek, a przeto niepewnemi są i wnioski z tych przesłanek wyciągnięte. Pomyłki rozpoznawcze mogą być dwojakiego rodzaju i mogą one rozgrywać się *intra muros* specjalności, lub wykraczać poza jej granicę. Innemi słowy cierpienie n. p. ginekologiczne, może być błednie rozpoznane jako inne cierpienie ginekologiczne, lub też pomyłka sięga *extra muros* t. j. choroba, którą rozpoznano jako kobiecą nie należy wcale do ginekologji. Pomyłek pierwszego rodzaju jest więcej, drugie są rzadsze i o nich tylko pragnę dziś mówić.

Wykład ten ma dwa cele. Jeden i drugi jest autodydaktycznym w tem znaczeniu że ma na celu pouczenie samego siebie. Przedewszystkiem pragnąłem zestawić wszystkie w klinice popełnione pomyłki *in foro externo*, ażeby zastanowić się dlaczego się pomyliłem, a co zatem idzie, żeby się nauczyć unikać podobnych pomyłek. Powtóre pragnę wywołać dyskusję i to tak fachowych kolegów, jak i innych, w których dziedzinę mimowolnie wskutek błędu rozpoznawczego wtargnąłem, ażeby od nich dowiedzieć się, jak należy chronić się przed takimi błędami.

Zestawienie tych klinicznych wątpliwości i błędów nie natrafiało na żadne trudności. Wszystkie historje chorób kobiet których cierpienie okazało się nie ginekologicznem, chowaliśmy do osobnej teki. Przez 18 lat zebrało się tych historyj sporo bo aż 170, co wobec ogólnej liczby stałych chorych ginekologicznych (7,810) daje odsetek 2'17. Nie chodzi tu jednak o same pomyłki rozpoznawcze; te stanowią na szczęście znaczną mniejszość. Między temi 170 choremi jest sporo takich, u których rozpoznanie cierpienia nie zaliczanego (do dziś dnia) urzędownie do ginekologicznych nie ulegało żadnej wątpliwości. Przykładem niechaj będzie rozmiękczenie kości (19 przypadków), które anatomo-patologicznie należy do chorób kości etjologicznie do schorzeń wewnętrzno wydzielniczych, ale sposobem leczenia tkwi jednak w ginekologji operacyjnej. Tu należą też cierpienia niewątpliwie chirurgiczne, jak rozerwanie i zropienie spojenia łonowego, które w przeciwstawieniu do osteomalacji właśnie etjologicznie należą do ginekologji a raczej do położnictwa.

Po za temi cierpieniami siedzącemi niejako na dwóch krzesłach, znajdujemy w tej liczbie stu siedemdziesięciu chorych liczne takie, u których wahano się co do rozpoznania, ale wreszcie dotarto do prawdy, poczem celem leczenia skierowano je do innej kliniki.

Wahania te były krótsze lub dłuższe, droga do prawdy trudniejsza lub łatwiejsza. Było sporo kobiet skierowanych przez ordnujących lekarzy do kliniki, u których natychmiast wykryto, że klinika ginekologiczna nie jest odpowiednim dla nich zakładem; były jednak i takie, których badanie wymagało różnych dodatkowych pomocniczych sposobów, było wreszcie niemało kobiet, u których do rozpoznania, czy w ogóle chodzi o przypadek ginekologiczny wcale nie dotarto, mimo narad ze specjalistami innych gałęzi medycyny. Dopiero po za temi wszystkiemi kobietami pozostaje nieliczna grupa prawdziwych pomyłek rozpoznawczych.

Wszystkie przypadki, które wzbudzały wątpliwości rozpoznawcze, lub w których popełniono błąd w rozpoznaniu podzieliłem na 20 grup zależnie od jakości choroby nie ginekologicznej w grę wchodzącej. Z tych 20 grup w 12 nie popełniono błędu rozpoznawczego, wahano się jednak co do rozpoznania, w pozostałych 8 były wątpliwości i co gorsza niewątpliwe błędy rozpoznawcze

II.

Pierwszą grupę (I) stanowią cierpienia gruczołów wewnętrzno-wydzielniczych nie ginekologiczne. W klinice stałej obserwowaliśmy dwa przypadki akromelagji (1). Obie skierowano do kliniki ginekologicznej z powodu braku perjodu i uporczywych bólów głowy, wprowadzając te objawy w związek przyczynowy. U obu tych chorych stałych, podobnie jak u trzeciej przychodniej stwierdziliśmy bardzo daleko posunięty zanik trzonu, przy zupełnym braku zaniku sklepień i pochwy co było uderzającem. U jednej chorej stałej i u dochodzącej choroba rozwinęła się po bardzo długo trwającem karmieniu (przeszło 2 lata) druga chora stała, nie miała dzieci od młodych lat okazywała spóźnienia skąpych perjodów a od roku niemiała miesiączki wcale. Rozpoznanie akromegalji nie budziło żadnej wątpliwości. Potwierdziła je zresztą fotografja roentgeniczna wykazująca rozszerzenie *sella turcica*. Niestosunek między ogromnym zanikiem trzonu, który był mały płaski i miękki a zupełnym brakiem zaniku sklepień był tak dziwny że nie wahałbym się podejrzewać akromegalji u kobiety, u którejbym taki stan narządów płciowych znalazł.

Do tejże grupy wewnętrzno wydzielniczej, należą trzy przypadki otyłości z przyczyn wewnętrznych (2) *(adipositas endogenes)* u osób młodych nie mających miesiączki. Podejrzywano u nich poza kliniką niesłusznie ciążę. Zanik macicy całej; oraz zanik pochwy w sklepieniach był u nich równorzędny a więc zgoła inny niż u kobiet z akromegalją.

II. Drugą grupę należącą również do zakresu medycyny wewnętrznej stanowi katar śluzowy grubej kiszki (3) *colitis mucosa aut membranacea*. Do kliniki stałej dostały się tylko dwie takie chore: w ambulatorjum szczególnie prywatnem zjawia się takich kobiet dużo. Mam wrażenie, że tylko wybrane przypadki tego cierpienia dostają się w ręce ginekologa, a mianowicie te u których główną siedzibą bólów nie są zagięcia kiszki grubej prawe i lewe, ani poprzecznica, tylko kiszka ślepa i esowata. Te chore lokalizują napady bolów w dolnej części brzucha i odnoszą je zwykle do narządów płciowych, tem łatwiej, że okres miesiączkowy wywiera nierzadko wpływ niekorzystny na chorobę, jak wogóle na stany wagotoniczne. Pomyłka rozpoznawcza nie jest trudna, zwłaszcza u tych kobiet, które okazują chorobowe zmiany w przydatkach macicznych. Odnosi się wtenczas do nich ataki bolów. Przed błędem ochronić mogą dokładne wywiady, w których wychodzi na jaw fakt odchodzenia mas śluzowych ze stolcem, a nieraz i krwi, oraz dokładne badanie, wykazujące ból dotykowy nad kiszką grubą, szczególnie zaś nad jej zagięciami nawet u tych chorych, które dobrowolnych bolów w tych miejscach nigdy nie miały. Nieraz też udaje się *ex juvantibus*, po zastosowaniu preparatów atropinowych utwierdzić się w należytem rozpoznaniu.

Nabrałem przekonania że chorobę tę tak często widuje się w ordynacjach, i, co gorsza, że tak uporczywie i bezskutecznie leczoną bywa jako cierpienie ginekologiczne, że radzić należy ginekologom, żeby o niej częściej myśleli i objawów jej tak w wywiadach jak i przy badaniu przedmiotowem pilniej szukali.

Z neurologją i psychjatrją zetknęliśmy się w dwóch następnych grupach.

W grupie III mieszczą się dwa przypadki porażenia kończyn dolnych z powodu cierpienia rdzeniowego (4) *(paralegia spinalis, myelitis transversa)*. W jednem było duże wypadnięcie macicy powstałe wcześniej, nim wystąpiła *myelitis* i nie mające żadnego z chorobą rdzenia związku. Badanie neurologiczne wykazało, że sprawa rozegrała się była ponad zgrubieniem lędźwiowem *(intumescentia lumbalis)*. W drugiem pomyłka lekarza, który chorą skierował do kliniki miała źródło w tem, że olbrzymio wypełniony pęcherz moczowy uznał on za guz maciczny, a porażenie za następstwo ucisku tego guza na pnie nerwowe. Chora oddawała mocz często *(ishuria paradoxa)*.

Takich chorych z paraplegją lub paraparezją widzieliśmy w ambulatorjum wiele. Nigdy schorzenie ginekologiczne nie odgrywało żadnej roli. Co więcej, powiem, że nigdy nie widziałem przypadku prawdziwej *ischias*, spowodowanej przez ucisk guza ginekologicznego na nerw kulszowy. Sztuczne szukanie tego związku prowadzi nieraz do błędów leczniczych.

W grupie IV pomieściłem przypadki histerji (5). Było ich w klinice stałej tylko siedem, co dowodzi, że dokładnie przesiewaliśmy w ambulatorjum te przypadki zaszczycające zaufaniem szczególnie często ginekologów.

Z tych siedmiu przypadków w trzech zachodziła t. zw. *graviditas imaginaria*. Przyjęto je dla demonstracji na wykładzie w przekonaniu, że to zadowolni egocentryzm tych osób i wprawi je w stan w którym przystępniejsze będą dla suggestji. Celu tego nie osiągnięto Jedna z tych chorych zgwałcona była podczas wojny przez honweda i od tego czasu przez 9 miesięcy nie miała perjodu, a dodać trzeba, że już dawniej miewała dłuższe przerwy między miesiączkami. Druga konstytucjonalnie niedorozwinięta, nie miesiączkuje też od 9 miesięcy i tem silniej przekonana jest o ciąży że lekarz rozpoznał przed 7-miu miesiącami ciążę dwumiesięczną. Trzecia, otyła, zgłasza się w 10 mies. po ustaniu regularności celem odbycia porodu. Wszystkie trzy czuły ruchy płodu wyraźnie, u wszystkich trzech znamiona histerji są niewątpliwe.

Po za temi trzema „ciężarnemi" widzieliśmy jedną z połowiczem zaburzeniem czuciowem *(hemiparaesthaesia)* rzekomo po przebytem połowiczem porażeniu, i inną operowaną z powodu wypadnięcia macicy w Ameryce, która utrzymywała uporczywie, że ma przetokę odbytniczo-pochwową i że miesiączkuje *per anum*. Zapewne chorą taką musiała widzieć w szpitalu amerykańskim.

Wszystkie te chore oddaliśmy klinice neurologicznej do leczenia.

Grupa V obejmuje przepadki kiły (6). Dość znaczna ilość tych chorych przesunęła się przez ambulatorjum, a tylko dwie dostały się do kliniki stałej. Jedna miała wrzód pierwotny na wardze dużej z bardzo silną reakcją w otoczeniu,druga okazywała takiż wrzód na części pochwowej. Nie jest to, jak wiadomo, częste umiejscowienie kiły pierwotnej i przedstawia nie małe trudności rozpoznawcze. Na twardej części pochwowej nie wyczuwa się owej charakterystycznej dla wrzdu pierwotnego podkładki pergaminowej, nie można nadto dokładnie obmacać głęboko ukrytych gruczołów chłonnych, a pozatem maceracja właściwa wszelkim owrzodzeniom ukrytym w pochwie zmienia typowy obraz tego wrzodu. Nie mniej udało się po dłuższej obserwacji i z pomocą kliniki wenerologicznej sprawę należycie rozpoznać. Dzięki uprzejmości kolegi W a l t e r a miałem też sposobność widzieć wrzody miękkie w sklepieniu pochwowem i spamiętałem dobrze ten obraz, nie przypominający żadnego schorzenia ginekologicznego.

Grupa VI rozpoczyna długi szereg cierpień chirurgicznych, które z mniejszem lub większem powodzeniem udało się jako takie rozpoznać. Pomieściłem w niej przypadki nacieków zapalnych i ropni w powłokach brzusznych z wykluczeniem promienicy (7). Rzecz jasna, że tylko te przypadki dostały się do kliniki stałej i te tylko sprawiały trudności rozpoznawcze, u których proces toczył się w głębokich warstwach powłok, w szczególności zaś w tkance przedotrzewnej. Łatwo zrozumieć, że tam, gdzie głęboki guz powłok wypuklający otrzewną ku jamie brzusznej daje się oburęcznie wybadać, można pomylić się w rozpoznaniu. W naszych przypadkach uniknęliśmy tej pomyłki. Pomogły nam w tem dwa objawy, na które baczną zwracaliśmy uwagę, a mianowicie na poruszalność guza i na jego brzegi. Guzy leżące w powłokach, choćby

głęboko, są wyraźnie poruszalne razem z powłokami, a więc tylko w takim zakresie jak powłoki. Przy poruszaniu guza ku linji środkowej ciała (jeśli leży z boku) brzeg wewnętrzny chorobowego oporu przesuwa się wprawdzie, ale przytem nie przybliża się ku linji środkowej i przesuwa się poprostu razem z nią. Mimo poruszania guza na wewnątrz lub na zewnątrz odległość dośrodkowego brzegu oporu pozostaje ciągle w tej samej odległości od linji środkowej. Ponadto uderza ten szczegół, że u osób o jędrnych powłokach, guz nawet niezbyt wielki nie daje się przesunąć ku górze ani ku dołowi, w tym bowiem kierunku głębokie warstwy powłok są nieprzesuwalne.

Co do brzegu oporu to bywa on w charakterystyczny sposób ostrym i przypomina n. p. brzeg śledziony lub wątroby. Cecha ta występuje najwyraźniej na brzegu dośrodkowym, najbardziej zaś jest zatartą na przeciwległym t. j. zwróconym na prawo lub na lewo. Dodajmy do tego powierzchowne umieszczenie guza i brak kulistości oporu (przy naciekach i ropniach), a mamy zebrane główne znamiona ułatwiające rozpoznanie. Nie wspominam nic o oporach leżących w powierzchownych warstwach powłok, gdyż te rozpoznaje się łatwo, dzięki czemu żadna taka chora nie dostała się do kliniki stałej.

W ostatnich czasach obserwowaliśmy przypadek dużego zropiałego krwiaka, powstałego w głębokich warstwach mięśni po porodzie.

W grupie VII. omówię schorzenie stawów i kości miednicy. O 19 przypadkach rozmiękczenia kości (8) wspomniałem na wstępie. Nie budziły one żadnych wątpliwości rozpoznawczych; przyjmowaliśmy te nie ginekologiczne chore do kliniki celem operacyjnego leczenia.

Większe trudności djagnostyczne sprawiały chore z rozerwanem spojeniem łonowem (9) zropiałem lub niezropiałem. Nie popełniliśmy żadnej pomyłki, ponieważ w każdym podejrzanym przypadku myślimy o schorzeniu spojenia, cierpieniu daleko częstszem niż się to ogólnie przyjmuje. Rzecz jasna, że przyp. rozluźnienia i uszkodzenia spojenia widywaliśmy najczęściej na oddziele położniczym. O tych tu niechcę mówić, powołując się na publikację Doc. Szymonowicza. Wspomnę tylko, że tak te świeże przypadki położnicze jak i te zadawnione, były nie omal bez wyjątku przez lekarzy poza kliniką błędnie rozpoznane, i to świeże jako osteomalacja, zadawnione, jako zapalenie przymacicza. W dwóch przypadkach mieliśmy do czynienia z ciężkiem zropieniem stawu iprzeniesieniem się zakażenia na otoczenie. W jednym minęły dwa lata od porodu, podczas którego spojenie pękło. Ropnie wylewały się na zewnątrz przetokami, z których jedna otwarła się na wardze większej. Kości w szeroko rozwartem spojeniu były nagie, szorstkie, całe *cavum Retzii* przedstawiało stary ropień.

W drugim upłynęło od porodu zaledwie 11 dni. Ta osoba miała ropny naciek w powłokach aż do pępka i rozlewał się on ku stronie lewej. Spojenie szeroko otwarte, kości obnażone. W obu przypadkach szerokie otwarcie ropni i oczyszczenie brzegów kostnych doprowadziło po dłuższym czasie do wyleczenia.

W obu powyższych przypadkach rozpaznali lekarze poza kliniką zapalenie przymacicza; nie badali jednak ruchomości kości łonowych, która była bardzo wyraźna, ani nie zwracali uwagi na rozstęp kości w spojeniu.

Trzecia chora rozwiązana trzy tygodnie przed przyjęciem do kliniki na mieście kleszczami, żaliła się na trudności w chodzeniu; chód jej był powolny, kaczkowaty, kroki małe. Przysyłając ją do kliniki myślano o rozmiękczeniu kości znowu z tej przyczyny, że nie badano ruchomości kości łonowych w spojeniu. Razem ze spojeniem, uszkodzony był u tej chorej staw krzyżowobiodrowy lewy, który, o ile mnie uczy doświadczenie, częściej bierze udział w tem cierpieniu, niż prawy.

Dziwnie częste błędy djagnostyczne w tem schorzeniu tak łatwem do rozpoznania tłumaczą się tem, że podręczniki położnictwa nie opracowują należycie rozdziału o chorobach spojenia łonowego. Gdyby to nastąpiło wyszedłby na jaw jeden jeszcze typ chorobowy poza rozluźnieniem, rozerwaniem i zropieniem tego stawu t. j. ostre jego zapalenie poporodowe nie połączone z rozerwaniem. Jest to cierpienie rzadsze od tamtych. Przebiega z wysoką gorączką, wyraźnym bolem dotykowym spojenia i obrzękiem tkanek dokoła tego stawu. W dwóch przypadkach, które widziałem, sprawa chorobowa minęła nie pozostawiwszy po sobie śladu. Lekkie przypadki, ale w rozpoznaniu niezupełnie pewne, są zapewne częstsze.

Z chorób kostnych miednicy spostrzegaliśmy w klinice stałej trzy przypadki osteosarcoma (10). Nie przedstawiały one trudności rozpoznawczych.

W grupie VIII. pomieściłem ropnie opadowe gruźlicze w przypadkach *spondylitis lumbalis* (11) lub *caries ossis ilei* (12). Ropnie te, o ile leżą na talerzu biodrowym mogą istotnie przypominać ropnie przymacicy. Wyraźne, rozległe chełbotanie, mała lub żadna bolesność, a nadewszystko w przypadkach *spondylitis* typowe unieruchomienie kręgosłupa w sąsiedztwie chorego kręgu rozstrzygają sprawę. Fotografja roentgenicza dostarcza ostatecznego dowodu. W naszych dwóch przypadkach choroba rozwinęła się po porodzie, co ułatwiło pomyłkę rozpoznawczą. i znowu nasuwa się tu pewna uwaga. Chore ze *spondylitis lumbalis*, żalące się na bole w krzyżach często niestety leczone są ginekologicznie, zwłaszcza jeśli okazują jakąś nieprawidłowość w narządach płciowych n. p. tyłozgięcie macicy, tak właśnie częste u osób astenicznych i gruźliczych. Otóż stwierdzenie tego cierpienia ginekologicznego, nie powinno uwalniać lekarza od badania kręgosłupa. Jest ono łatwe i proste, a jego zaniedbanie jakież nieobliczalne może za sobą pociągnąć następstwa!.

Grupa IX. mieści w sobie przypadki *paraproctis* (13). Jest ich trzy. W dwóch pomylił się lekarz, skierowując chorą do naszej kliniki, a właśnie w tych dwóch w oczy bijącym objawem były napadowe bole ze stawianiem się esicy, wywołane przez zwężenie odbytnicy. Lekarz badał jednak tylko przez pochwę i stwierdził duży opór w sklepieniu tylnem, zaniechał natomiast badania *per rectum*, które byłoby mu natychmiast wyjaśniło prawdę. Stara zasada, że w każdym przypadku, w którym opór zajmuje tylne sklepienie, należy badać *per rectum*, jest zupełnie słuszna. Czasem wykryje, się że guz leży poza odbytnicą, jak w naszym przypadku *osteosarcoma ossis sacri*, lub w innym ambulatoryjnym, w którym była *spina bifida anterior*, w innych przypadkach wyjdzie na jaw, że opór leży przed, poza odbytnicą i z jej boków zostawiając wąski pierścień przez który przechodzi kiszka, we wszystkich zresztą innych dostarczy cennych szczegółów ważnych dla ścisłego rozpoznania.

W naszych trzech przypadkach geneza nie była ginekologiczna, t. j. zapalenie nie przenosiło się na *paraproctium* z tylnych przymaciczy, tylko powstało na miejscu z powodu zmian w ścianie kiszki.

Te przypadki *paraproctitis* pouczają lepiej niż jakiekolwiek inne, jak zaniechanie łatwych sposobów badania prowadzi rozpoznanie, a więc i leczenie, na manowce. Guz trzustki *(cystis pancreatis)* (14) (grupa X) widzieliśmy tylko raz. Rozpoznał go i operował chirurg w czasie, kiedy klinika chirurgiczna nie przyjmowała kobiet. Z naszej strony stwierdziliśmy tylko, że narządy płciowe są normalne i udzieliliśmy chirurgowi gościny.

W grupie XI. mieszczą się guzy nerek i pęcherza, a mianowicie 6 przypadków nerkowych, a 2 pęcherzowe. Najwięcej dostało się do kliniki stałej przypadków wodonercza — względnie roponercza (15). Było ich cztery, z tych jeden u rodzącej, jeden u ciężarnej w 3 mieś., dwa zaś skierowane do nas z rozpoznaniem torbieli jajnikowych. Poza tem mieliśmy w klinice stałej jeden przypadek *hypernephroma* (16) i jeden przypadek gruźlicy nerki (17). Wśród chorych przychodnich było znacznie więcej osób z tem ostatniem cierpieniem. Pomyłki rozpoznawczej nie popełniliśmy w żadnym przypadku, choć w kilku mieliśmy wątpliwości rozpoznawcze.

Rozpoznanie opierało się na powszechnie znanych zasadach. Pierwszą rzeczą było stwierdzenie jednostronności guza i nieprzesuwalności poza linję środkową ciała. Tu jednak uczynić muszę zastrzeżenie. Jeśli guz jest bardzo duży, tak, że wypukla powłoki ku przodowi, to ta jego kopuła ku powłokom zwrócona, da się nieraz swobodnie przechylić poza linię środkową. Nieprzepuszczalną jest tylko jego podstawa tkwiąca w okolicy lędźwiowej. Drugim objawem kardynalnym i bardzo ważnym jest stwierdzenie przy oburęcznem badaniu od przodu i od tyłu, że głęboka tylna część guza da się wybadać wyraźnie jako opór od strony lędźwi. Trzeci objaw podnoszony jako najważniejszy, ma zdaniem mojem mniejszą wartość rozpoznawczą. Chodzi tu o stwierdzenie, że kiszka leży przed guzem. Otóż z jednej strony wydarza się, że duży guz przemieszcza kiszkę na zewnątrz lub na wewnątrz, gdzie ją obmacać i wypukać trudno, nawet po nadmuchaniu, z drugiej strony faktem jest, że na guzach jajnikowych może leżeć kiszka do tego guza przyrośnięta. Wreszcie guz ginekologiczny międzyblaszkowy, a przy większych rozmiarach podotrzewny, ma też kiszkę na swojej przedniej powierzchni.

Najważniejsze wszakże objawy stwierdza się przy cystoskopji i cewnikowaniu moczowodów. Objawy te, nad któremi nie mogę się rozwodzić rozstrzygają rozpoznanie w przypadkach wodonercza, roponercza i gruźlicy nerki. Tym sposobom badania zawdzięczamy trafność rozpoznania we wszystkich naszych przypadkach.

Niemałą wreszcie rolę w niektórych przypadkach odgrywało wybadanie obu jajników prawidłowych i wykazanie braku związku między guzem, a narządami płciowemi.

Pod tym względem guzy nerkowe zajmują wyjątkowo ko-

rzystne stanowisko, gdyż leżąc poza otrzewną nie mogą ani przyróść do narządów płciowych ani też wywołać w nich wtórnych zapaleń. Wreszcie na jeden szczegół chcę zwrócić uwagę, t. zn. na wybadanie moczowodu przez pochwę. Szczególnie w przypadkach gruźlicy nerki bywa on gruby i twardy i bardzo łatwo badalny. Kto stale bada moczowody, ten nieznaczne nawet odchylenie od normy co do ich grubości i twardości wykaże bez trudu. Pozostają przypadki pęcherzowe. W jednym krew wypływająca z cewki uważana była przez chorą jako krwawienie maciczne. Cystoskop wykazał *papilloma vesicae* (17). W drugim chodziło o nawrót po operacji *carcinoma gelatinosum urachi* (18). Pozostaje grupa XII. ostatnia z tych, w których udało nam się uniknąć pomyłki rozpoznawczej. Chodzi tu o niedrożność przewodu pokarmowego, *(ileus)* (19). Chorych z ostrą i przewlekłą niedrożnością widzieliśmy w stałej klinice osiem, z tych dwa przypadki wgłobienia, trzy zaciśnięcia przez zrosty, z których jeden połączony z *volvulus*, po jednym zaś uwięźgnięcia we wrotach wytworzonych przez operację Dolérisa, uwięźgnięcia we wrotach powstałych przez pęknięcie macicy przy porodzie, przewlekłej niedrożności przy nowotworze jelita.

Wielkie trudności rozpoznawcze mieliśmy w dwóch przypatkach stangulacji i w obu nie doszliśmy do ścisłego rozpoznania mimo narad z chirurgami. W obu mieliśmy wątpliwości, czy to nie skręt guza jajnikowego, jednak guza tego nie mogliśmy wykazać. W obu operację wykonał u nas chirurg z kliniki chirurgicznej. Źródłem trudności w tych dwóch przypadkach był fakt, że nie było zgoła tak ważnego dla rozpoznania ostrej niedrożności objawu, jak stawianie się pętli jelitowych. Sprawa była w obu przypadkach świeża, objawy wystąpiły ostro.

Z trzech przypadków strangulacji w dwóch zrosty strangulujące przyczepiały się do chorych narządów płciowych. Zgoła niezwykłe były wrota przepuklinowe w naszych dwóch przypadkach. W jednym pętle jelit, między innemi esica, wsunęły się przez wrota, wytworzone między oboma więzami obłemi, macicą i powłokami. Więzy obłe przechodziły przez powłoki za blisko linji środkowej, a więc zbyt blisko siebie. Operację Dolérisa wykonano przed 3½ laty poza kliniką. W drugim przypadku *crus pelvinum romani* znaleziono uwięzłe w szczelinie powstałej przez pęknięcie macicy. Sprawie towarzyszyło ogólne zapalenie otrzewnej. Pęknięcie powstało poza Krakowem 9 dni przed operacją. Zaznaczyć pragnę wyraźnie, że nie widzieliśmy nigdy ostrej niedrożności po laparatomii w przeciwstawieniu do tych klinik, gdzie mianem *ileus* nazywa się eufemistycznie pooperacyjne zapalenie otrzewnej.

Dok. nast.

Z PRAKTYKI.

Dr. Juljusz DRAK. Lwów.

Opis przypadku rzęsy w komórce przedniej z guzem tęczówki oka po urazie.

Z pracowni Kliniki Okulistycznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Dyrektor Prof. Dr. A. B e d n a r s k i, i z Poradni Okulistycznej dla młodzieży szkół średnich. Kierownik: Dr. Juljusz D r a k.

I.

Opis niniejszy spowodowało odnalezienie rzęsy w przedniej komórce oka wraz z dużym guzem na tęczówce. Zrazu myślałem, że jest to zdarzenie bardzo rzadkie, byłem jednak niemało rozczarowany po przeszukaniu literatury i znalezieniu aż siedemdziesięsięciupięciu podobnych przypadków, podanych w ubiegłem stuleciu. Mimo tego jednak sądzę, że przypadek ten powinien być opisanym, a na moje usprawiedliwienie przytoczę względną rzadkość tego rodzaju schorzeń po urazie, potem fakt, że rzęsa długi czas nie wywoływała żadnego odczynu zapalnego w oku i po trzecie pomyślne zejście po operacji, która w tych razach jest bardzo trudną i często nie udaje się wcale.

II.

C h o r y Z. K. urodzony w 1908 roku, uczeń gimnazjalny, ogólnie zdrów i nigdy nie chorował. W roku 1915 przechodził we Wiedniu na klinice operację plastyczną z powodu znamienia barwikowego pod lewem okiem, które to znamię wycięto i przeszczepiono na to miejsce skórę z czoła. Przed 4 laty i 8 miesiącami (licząc od dnia operacji), kucharka przez nieostrożność skaleczyła go nożem w oko lewe, gdy biegł na zakręcie, nie widząc jej. Było to w czasie wakacji; ranka zgoiła się sama przez się bez większego bolu. Przed 2 laty, znów na wakacjach oko to zaczerwieniło się po uderzeniu błotem przez drugiego chłopca. We wrześniu tegoż roku był leczony ambulatoryjnie na klinice lwowskiej. Potem oko znów było blade i nie bolało, aż do połowy grudnia r. 1923, gdy zgłosił się do poradni szkolnej do mnie. W poradni był leczony atropiną i obserwowany codziennie aż do dnia 1. V. 1924, w którym przyjęto go na klinikę na stałe do wykonania operacji. Djagnoza: *Cicatrix corneae post trauma, pseudogranuloma iridis, cilia in camera anteriore oculi sinistri.*

III.

Wynik badania.

Stan obecny w tym dniu był następujący:

O k o p r a w e: w spojówce w dolnym załamku nieliczne grudki, lekkie zgrubienie i nastrzykanie, bez wydzieliny, pozatem oko prawidłowe. Bystrość wzroku oka prawego $^{6}/_{6}$ ze szkłami widzi gorzej. Snellen 0.5 (od 9—45 cm), czyta.

O k o l e w e: Na czole po lewej stronie blizna długości 10 cm, biegnąca łukowato aż do nasady nosa. Od grzbietu nosa druga blizna obejmująca płat trójkątny, idąca aż do zewnętrznego kąta powiek, podstawa trójkąta ku górze zwrócona, jeden bok długi 6 cm, drugi bok 4 cm, w bliźnie tej znajdują się włosy. Szpara powiekowa wąska z powodu światłowstrętu, powieka górna opadnięta, chory z trudem tylko podnosi ją nieco ku górze. Nastrzykanie rzęskowe dość znaczne, spojówka na dolnej powiece gładka, na górnej nieco zgrubiała z powodu przerostu brodawek, silne łzawienie z małą domieszką śluzu. Gałka nie bolesna na ucisk, napięcie prawidłowe. Na rogówce blizenka promienista długości 8 mm, rozwidlona, idąca od wewnętrznego brzegu rogówki przez środek i rozdzielająca się na dwa ku górze i zewnątrz się ciągnące pasemka. Komórka przednia miernie głęboka, o cieczy wodnej jasnej. Na tęczówce u góry i zewnątrz żółtawy silnie unaczyniony guz (*pseudogranuloma*) nieco wystający do przedniej komórki, o dwu zrazikach, a w jego wewnętrznej części tkwi włos zwisający aż do źrenicy, krótki i nieco zakrzywiony, jak zwykle rzęsy bywają, źrenica 3 mm szeroka, po atropinie 6.5 mm, okrągła od wewnątrz, od dołu zewnątrz i od góry nierówna i nieco zazębiona. Barwa źrenicy, ciemna. Soczewka prawidłowa, obrazki Samson-Purkiniego wyraźnie widoczne. Bystrość wzroku oka lewego $^{6}/_{60}$, z bliska czyta z trudem Snellen 1.25, a to z powodu silnego łzawienia i światłowstrętu. Środki łamiące dalsze i dno oka bez zmian.



Rysunek wykonany pod powiększeniem lupy Westhen-Zehendera.

Dnia 2. V. 1924 w południe wykonał Prof. B e d n a r s k i na klinice operację. Po cięciu nożykiem grotowym od góry ciecz wodna wypłynęła i rzęsy nie można było już zobaczyć. Wycięto nieco guza i kawałek tęczówki od góry, który z guzem był zrośnięty. Rzęsy mimo poszukiwań nie odnaleziono, tak, że nie było pewności, czy ona wypłynęła z cieczą wodną, czy wyjęta została szczypczykami wraz z tęczówką i częścią guza. W godzinę potem wstrzyknięto 5 cm mleka w pośladek.

W następnym dniu chory bez gorączki, czuje się dobrze. S t a n o k a l e w e g o: ranka dobrze sklejona, rogówka urazowo zaćmiona jakby pokłuta, tęczówka u góry wycięta, w szczelinie

tęczówki resztki wyrwanej części wewnętrznej guza, który przy operacji z powodu swej bardzo twardej konsystencji był trudnym do uchwycenia i dlatego się nie dał w zupełności usunąć. Lekkie nastrzykanie rzęskowe bez światłowstrętu nieco łzawienia, komórka przednia dość głęboka, ciecz wodna jasna, źrenica nieco rozszerzona, u dołu nierówna. Leczenie: opaska obuoczna, łóżko, djeta i atropina, po 3 dniach siatka Fuchsa. Dnia 9. V. źrenica miernie szeroka, u góry szczelina w tęczówce nieco nieregularna, widoczna, ranka trochę w górze nastrzykana, lekki światłowstręt. Pod lupą Westhen-Zehendera widać w źrenicy resztki guza mianowicie w górze w miejscu szczeliny tęczówkowej, druga część guza silnie unaczyniona włosa (rzęsy) nie widać wcale. Bystrość wzroku lewego oka: $^5/_{60}$ (słabsza). Tegoż dnia chory opuścił klinikę i leczył się dalej co dzień ambulatoryjnie w poradni ocznej szkolnej. Zapuszczając mu atropinę, miałem sposobność odtąd obserwować powolną, lecz stałą poprawę stanu oka i wzroku na co widocznie wpłynął zabieg operacyjny. Tak było aż do dnia 1 lipca 1924, kiedy zamknąłem poradnię z powodu ferji wakacyjnych. Stan oka w tym dniu już był tak dobry, t. j. oko bez zadrażnienia, bystrość wzroku $^6/_{36}$, że zezwoliłem choremu na udanie się do Delatyna do obozu ćwiczebnego wojskowego, gdzie bawił około sześciu tygodni, t. j. do połowy sierpnia 1924. Po powrocie chory zgłosił się u mnie w domu i byłem mile zdziwiony stwierdziwszy nietylko o wiele lepszy stan oka, ale i poprawę bystrości wzroku na $^6/_{18}$ i Snellen 0.5.

Badanie wykazało: oko bez nastrzykania i bez światłowstrętu, rzęsy ani śladu (pod lupą Westhen-Zehendera), u góry w tęczówce szczelina mało już widoczna, zrazik wewnętrzny guza przemieniony w jednorodną białawą masę, zrośniętą z otoczeniem, zrazik zewnętrzny bez zmiany, silnie unaczyniony, źrenica nieco nierówna, 3 mm, komórka przednia prawidłowa. Dno oka dobrze widoczne bez zmian. Stan ten utrzymuje się do dziś z tem, że bystrość wzroku poprawiła się na $^6/_{12}$, a chory przychodzi co ja-bystrość wzroku poprawia się na $^6/_{12}$, ze szkłami nawet $^6/_8$ a chory przychodzi co jakiś czas do obserwacji do poradni i nie skarży się wcale ani na bole ani na uczucie ciała obcego w oku i czyta z bliska Snellen 0.5 zupełnie dobrze. Co do rzęsy, to trudno obecnie powiedzieć czy wypłynęła w całości z oka z cieczą wodną odpływającą przy operacji, czy też uległa resorbcji powolnej po rozerwaniu, zwyrodnieniu i zmianach wstecznych. W każdym razie stan oka chorego poprawił się tak znacznie że można je dziś uważać za wyleczone choć dalsza obserwacja jest konieczna.

IV.

Po częściowem tylko przeglądnięciu literatury znalazłem już pokaźną liczbę przypadków, podobnych do wyżej opisanego. Nagół można jednak powiedzieć że rzęsy w oku są dość rzadkie (na 100 lat tylko 75 przypadków opisanych) a te wypadki gdzie znaleziono więcej niż jedną rzęsę, są bardzo rzadkie. Liczba rzęs znajdywanych wahała się od jednej do czternastu.

Vieveger zebrał 29 przypadków z literatury, w których znalazł więcej rzęs, a w jednym tylko wypadku było ich czternaście. Były one wciągane do przedniej komórki przez przedmioty przebijające oko i pływały w cieczy wodnej lub też jednym końcem tkwiły w rance. Podaje on, że rzęsy mogą długi czas bez zadrażnienia w oku przebywać.

Würdemann opisuje że rzęsy mogą być wciągnięte do przedniej komórki wskutek urazu lub operacji i zauważa, także, że mogą one tam całemi latami znajdować się nie wywołując żadnych zaburzeń. O ile jednak dojdzie do podrażnienia, to powstają bole, łzawienie i światłowstręt, nastrzykanie rzęskowe, dalej rozwinąć się mogą guzy epidermalne, torbiele tęczówkowe, a w końcu może powstać jaskra i ślepota, a nawet zupełna utrata galki ocznej.

Curvier i v. Graefe opisują dwa przypadki zapalenia współczulnego od rzęsy w przedniej komórce oka.

Mülller opowiada o przypadku, gdzie rzęsa w przedniej komórce przez 24 lat leżała, nie dając objawów, a w przypadku Otis Allen Sharpe'a upłynął okres 33 lat, zanim wystąpiły ostre objawy w oku.

Mc.Kenzie był pierwszym z autorów, który doniósł o przypadku rzęsy w komórce przedniej z wytworzeniem się torbieli tęczówkowej.

Würdemann podaje dwa przypadki, gdzie powstały torbiele tęczówkowe i mówi, że rzęsy, które mogą dać początek cystom, mogą być usunięte przez nacięcie rogówki.

Rothmund w r. 1872 zebrał już 36 wypadków torbieli tęczówki wskutek rzęsy w przedniej komórce.

R. Smith z Chicago ogłasza przypadek rozdarcia gałki ocznej u cieśli z rzęsą wbitą do soczewki. Drzazga przebiła rogówkę i soczewkę powodując zaćmę i wyrwanie części tęczówki z wytworzeniem się zrostu rogówki z tęczówką. Wycięto tęczówkę i wyjęto soczewkę, a w jej środku tkwiła rzęsa.

P. Small podaje przypadek, gdzie kawałeczek gwoździa wbijanego zranił oko chorego, a w kilka dni potem wyjęto kataraktę i zarazem rzęsę z przedniej komory oka.

Barr w r. 1909 opisuje przypadek, gdzie rzęsa weszła do przedniej komory oka wskutek urazu przed 12 laty. Dwa tygodnie przedtem widział przypadek, chory dostał cios w głowę i wskutek tego *iridocyclitis subacuta*. Badanie wykryło brak soczewki od dawnego urazu, zrosty tylne tęczówki i stare bielmo a od tylnej powierzchni tego bielma rzęsa ciągnęła się do torebki soczewki ku tyłowi.

E. Faber (1909) (Niederl. Ophtalm. Gesellschaft) opisuje przypadek, gdzie sześć rzęs usunął z przedniej komórki, dokąd dostały się po uszkodzeniu oka na dolnym brzegu rogówki.

Bedel (1905 Annales of ophtalmology) przytacza przypadek rozdarcia rogówki z rzęsami w przedniej komorze i zarośnięciem źrenicy. Uleczenie nastąpiło dopiero po czterech operacjach.

Walter Scott Franklin i Frederik C. Cordes (1925, amer. Journal of ophtalm.) wydobyli trzy rzęsy z oka z trudnością, a to z powodu przyczepienia do tęczówki i zlepienia z świeżym wysiękiem. Rogówka była przebita drutem z cewki, który odskoczył przy pracy.

Paderstein (1910 r. Zentralblatt f. prakt. Augenheilkunde) wspomina też o tem, że rzęsy w komórce przedniej mogą tkwić czasem latami bez zadrażnienia, ale radzi je wyjmować, bo grozi jaskra *(glaucoma)* lub perlak. W swoim wypadku wyjął jedną rzęsę haczykiem tęczówkowym, a w cztery tygodnie potem próbował usunąć drugą ale nie mógł z powodu krwotoku tęczówki i podnosi ogromne trudności takiej operacji. Później soczewka zaćmiła się zupełnie.

Albert E. Bulson (Amer. Journal. of ophtalmology) donosi o przypadku uderzenia oka przez odskakujący drut z nagłem oślepnięciem. Po ustąpieniu krwi z przedniej komórki, ujrzano 5 rzęs leżących na przedniej torebce soczewki. Po czterech miesiącach wystąpiły bóle, łzawienie, zaczerwienienie i wrażliwość silna na światło. Po operacyjnem usunięciu rzęs, objawy ustąpiły i oko wykazywało tylko bliznę rogówki z bystrością wzroku 5/200.'

Opisano też lekkie przypadki i tak:

V. Haselberg podaje spostrzeżenia, gdzie rzęsa utkwiła w kanale ranki rogówkowej, powstałym po uszkodzeniu i tam wrosła nie wnikając w głąb oka. W przypadku:

Hamiltona Mc. Elroy rzęsę znaleziono pod spojówką tuż obok rąbka rogówki, a pięć miesięcy przedtem oko uszkodził wybuch bomby czy granatu. Gałka nie była przebita, a podrażnienie i uczucie obcego ciała ustąpiły po usunięciu rzęsy.

V.

Przypadki opisane pouczają nas, że przy każdym urazie dziurawiącym rogówkę lub twardówkę rzęsy mogą być wyrwane lub odcięte i dostać się (mogą) w głąb oka, a w pierwszym razie do komory przedniej oka. Wniknięcie rzęsy do rany rogówki i w głąb należy sobie mojem zdaniem tłumaczyć w tych razach tem, że dany osobnik odruchowo zamyka szparę powiek przed grożącem niebezpieczeństwem, jednak uraz następuje tak szybko, że chory nie zdąży jej zupełnie zamknąć, a ostre narzędzie tnące lub kłujące odcina i porywa ze sobą jedną lub kilka rzęs z powieki górnej lub dolnej, nie uszkadzając nawet samego brzegu powieki i wciska je do wewnątrz oka. Podobnie jak donoszą, chociaż rzadko, może się to zdarzyć przy operacjach na gałce oka i o tem należy pamiętać podczas zabiegów. Autorzy podają, że rzęsy często zostają przymocowane czy to do otworu w rogówce, czy też skrzepami krwi do tęczówki, czy do kąta komory przedniej, czasem nawet wbite zostają w soczewkę: rzadziej się zdarza, aby pływały wolno w cieczy; część autorów podaje, że nie można było ich odszukać, bo albo zasłoniła je blizna w rogówce, albo leżały w skrzepie lub na tęczówce, do której znamion kolorem były podobne i trudno je było odróżnić od otoczenia lub dostrzec zwłaszcza przy badaniu wprost bez lupy i bez powiększenia w świetle ogniskowem.

Co do możliwości zakażenia oka z powodu rzęsy, to doświadczenia autorów idą w tym kierunku, że jest ono stosunkowo niewielkie i rzadkie są wypadki zropienia oka (jak np. u Hirschberga) lub zapalenia współczulnego (v. Graefe i Curvier). Powodem może tu być albo odporność cieczy wodnej w oku, albo stwierdzony badaniami fakt, że rzęsy rzadko tylko zawierają zarazki chorobotwórcze, wreszcie, strumień cieczy wodnej wypływającej w czasie urazu dziurawiącego oko, może porwać ze sobą nieczystości i bakterje z rany. Natomiast częste jest zapalenie wywołane drażnieniem rogówki lub tęczówki oraz zaćma soczewki, jeśli rzęsa przebije lub drażni torebkę soczewki.

Guzy jak torbiele i perlaki tęczówki powstają według autorów też wskutek drażnienia i następowego bujania nabłonka korzenia pochwy rzęsowej. Później następuje tam zwyrodnienie i odkładanie się kulek tłuszczu i cholesteryny lub soli. Guzy te mogą być zrośnięte lub tylko przyczepione do tęczówki i rozrastają się nieraz tak, że wywołują znów ze swej strony zapalenie, wzmożony ucisk śródoczny, zaburzenie wzroku i zaćmienia następowe rogówki lub soczewki. Dalej podają autorzy, że rzęsy pozostające długo w cieczy wodnej, nawet jeśli nie dają początku guzom, nieraz ulegają zmianom wstecznym i zwyrodnieniom, bieleją, rozszczepiają się pod wpływem światła i wody, wreszcie pokrywają się czasem złogami soli lub białka albo barwika z tęczówki. Wreszcie rzęsa taka może skruszeć i ulec pochłonięciu przez ciecze lub komórki olbrzymie.

Według zdania autorów postępowanie musi być w każdym wypadku inne zależnie od okoliczności w jakich uraz powstał i od tego, jak oko rzęsę znosi np. rzęsa w soczewce może bardzo długo pozostawać bez konieczności zabiegu. Zaraz natomiast musi się usuwać rzęsy, jeśli grozi infekcja ostra lub współczulne zapalenie i jeśli chory zamiejscowy nie może być ciągle w obserwacji. Autorzy podnoszą też duże trudności przy operacji, jak wypadanie tęczówki z ranki, gubienie się rzęs z powodu zmiany położenia po odpłynięciu cieczy wodnej, i trudności uchwycenia rzęsy i wydobycia, jeśli zrośnięta jest z otoczeniem. Wtedy nieraz trzeba poświęcić część tęczówki i wyciąć ją wraz z rzęsą. Bywa też, jeżeli rzęsa tylko luźno tkwi w tkance lub pływa wolno, że zaraz sama wstawia się w rankę po cięciu, lub nawet wypływa wyrzucona przez ciecz wodną z komórki przedniej. I ta możliwość zachodzi właśnie w przypadku opisanym przezemnie. Sposób i miejsce nacięcia rogówki przy operacji zależy od położenia rzęsy i powikłań, jak zrosty tęczówki, wypociny, skrzepy krwi i blizny rogówki zasłaniające obraz. W wyżej opisanym przypadku dziwnem jest, że tak silny uraz nie zadrasnął soczewki i nie wywołał zaćmy.

Piśmiennictwo:

1) Archiv Knapp: Cilien in der vorderen Kammer XII. 1, 89. — 2) Bericht Knapp. r. 1905. Seite 40. (Bedel) i 1909 (E. Faber). — 3) Zeitschrift für Augenheilkunde XVII. S. 567 Lauber: Zwei Fälle von Zilien in der Vorderkammer (Ophtalm. Cesell. in Wien III. 1907). — 4) Deut. med. Wochenschrift 1908. Nr. 33. — Franke: Perforierende Hornhautverletzung mit Eindringen einer Cilie in die Vorderekammer. — 5) Zentralblatt f. prakt. Augenheilkunde XXXIV. I S. 18. (Paderstein 1910). — 6) Wochenschrift für Hygiene und Therapie des Auges 1915. v. Haselberg: Wimper in der Hornhaut eingeheilt. — 7) Archives d'Ophtalmologie Juillet 1923. MM. Jacqueau et Bujadonn: Cil inclus dans la chambre anterieure. — 8) Annales d'oculistique t. 136 p. 397, t. 140 p. 147. t. 144, p. 35. t. 141 p. 307. — 9) Jahresbericht ueber die gesamte Ophtalmologie r. 1922. — 10) Cilia in the anterior chamber (Ophtalmic Record 1916 r. vol. XXV p. 85). — 11) Ophtalmic Record vol. XXVI. 1917. — 12) Cilien in der vorderen Augenkammer (Hirschberg'a Centralblatt für Augenheilkunde 1910. p. 18). — 13) Ueber Zysten der Regenbogenhaut (Monatsblätter für Augenheilkunde vol. X. 1872 p. 189). — 14) Würdemann Texbook: Injuries of the Eye. — 15) Library of Practical Medicine vol. III. 1833. — 16) Annales d'oculistique vol. V. 1841 p. 165: Sur les poils developpès dans l'interieur du globe oculaire. — 17) Wiener medizinische Wochenschrift XIII. 1894 r. — 18) Graefe v. Archiv. für Ophtalmologie p. 211. — 19) American Journal of Ophtalmology 3 ser. vol. III, 1920 p. 128—129 i 3 ser. vol. 8. Nr. 4 April 1925 r. — 20) The Traumatic Transplantation of Cilia into the anterior chamber (Archives of Ophtalmology vol. XLVI, p. 47, 1917). — 21) British Journal of Ophtalmology vol. V. 1921 p. 68.

———————

Dr. Kazimierz WIŚLAŃSKI, st. asystent kliniki. Lwów.

Pęknięcie żylaków w pochwie 21 dni po porodzie.

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Kazimierz B o c h e ń s k i.

Ida W. lat 26, zamężna, 3-cia ciąża. W dzieciństwie nie chorowała; przed 8 laty była operowana z powodu zapalenia lewego stawu kolanowego, od tego czasu sztywność tego stawu. Przed 3 laty operacja ślepej kiszki, przebieg pooperacyjny powikłany zapaleniem płuc. Rana zagojona *per secundam*, szeroka blizna, bolesna przy ruchach i ucisku.

Badanie zewnętrzne nie wykazało żadnych zmian w narządach wewnętrznych, prócz niedokrwistości (lekki podmuch skurczowy nad końcem serca) i obustronnego nieżytu oskrzeli. Wymiary miednicy prawidłowe.

Poród odbyła dnia 13. I. b. r. siłami przyrody, łożysko odeszło w całości, żadnych powikłań w czasie porodu nie było.

Połóg przebiegał następująco: macica zwijała się prawidłowo, od 12-tego dnia nie było żadnych odchodów. Przez 17 dni nie mogła oddawać moczu sama, pomimo wstrzykiwań dożylnych 40% urotropiny S c h e r i n g a. Badanie moczu nie wykazało żadnych nieprawidłowych składników. Od czasu porodu kaszlała stale, z powodu obustronnego nieżytu oskrzeli, powodującego również lekkie podwyższenie ciepłoty, przy zupełnie wolnem tętnie.

W nocy 3. II., a więc 21 dni po porodzie, chora usłyszawszy płacz dziecka, nagłym ruchem uniosła się na łóżku i bezpośrednio potem wystąpił silny krwotok z części rodnych. Zastosowano okłady lodowe na brzuch i podano 20 kropli *extrakt. Bursae*. Gdy krwawienie nie ustawało wstrzyknięto 0·6 gr ergotyny i 1 cm hypophisyny podskórnie, poczem krwawienie znacznie się zmniejszyło, lecz w południe znów wystąpiło i to znacznie silniejsze. Wstrzyknięto znowu około 1 gram ergotyny; gdy jednak krwawienie nie ustawało, a znaczny ubytek krwi wywołał wyraźną ostrą niedokrwistość, zastosowano wlewania podskórne rozczynu fizjologicznego soli, wstrzyknięto *ol. camphor. c. coffein. natr. benz.* i zdecydowano się na wewnętrzne zbadanie. Stwierdzono, że macica jest dobrze zwinięta, w całości przesunięta nieco na stronę prawą, szyja nie drożna, przymacicza wolne i niebolesne. Po założeniu wzierników łyżkowych zauważono na przedniej ścianie pochwy, nieco po stronie lewej, duży pęknięty i krwawiący żylak, kilka mniejszych po prawej stronie również pękniętych, lecz nie krwawiących i jeden duży, niepęknięty w prawem sklepieniu przeświecający wyraźnie przez błonę śluzową. Pęknięty żylak okłuto na szwy przyłożono gazę napojoną roztworem adrenaliny. Ponieważ chora była bardzo osłabiona i skarżyła się na zawrót głowy, ciemności przed oczami i szum w uszach zrobiono jeszcze hypodermoklizę. Tętno przed zabiegiem 156 słabo napięte w kilka godzin później poprawiło się na 100, było miarowe i dobrze napięte.

Następnego dnia (4. II) usunięto gazę z pochwy, krwawienia nie było, chora czuła się dobrze, ciepłota 37,1, tętno 96, miarowe i dobrze napięte.

Dnia 5. II. popołudniu wystąpiło zamroczenie świadomości, silny niepokój, sinica i oziębienie kończyn, sztywność karku i szczękościsk. Ze strony narządu oddechowego i przewodu pokarmowego zaburzeń nie było. Ciśnienie krwi 165 Hg. Badanie krwi wykazało niedokrwistość. (Ciałek czerw. 2670,000, ciałek biał. 6,800, płytek Bizzozera 180.000, % Hb 60). W nocy chora była bardzo niespokojna, zrywała się z łóżka.

Nazajutrz (6. II) przytomność powróciła, pozostał silny ból głowy i w okolicy serca, zawroty głowy i szum w uszach. Ciepłota 37°, tętno 94, ciśnienie krwi 135 Hg. Znów wystąpiła niemożność oddawania moczu (od sześciu dni chora oddawała mocz prawidłowo). Badanie moczu i tym razem nie wykazało żadnych nieprawidłowych składników.

Badanie neurologiczne wykazało sztywność karku, lekkie porażenie prawego nerwu twarzowego — podrażnienie opon mózgowych.

Objawy te ustąpiły w ciągu następnych dwóch dni, również bóle i zawroty głowy. Ciepłota stale około 37° C, tętno 80—88, ciśnienie krwi obniżyło się na 120—115—105 Hg. Podmiotowo czuje się chora zupełnie dobrze.

W przypadku tym zwracają uwagę dwa momenty. Pierwszy to pęknięcie żylaków w pochwie dopiero 21 dni po porodzie. Najczęściej, jak wiemy, zdarza się to w ciąży i podczas porodu, lub też bezpośrednio po porodzie (przyp. B o c h e ń s k i e g o, S t o e c k l a i i.). Utrudnienie odpływu z żył jest przyczyną silnego wypełnienia naczyń żylnych i zwolnienia prądu krwi, jakikolwiek zaś uraz, zwłaszcza w czasie porodu, staje się wtedy łatwą przyczyną ich pęknięcia.

Inni znów autorowie, jak S t ü b e l, S t o e c k e l i i. widzą przyczynę powstawania żylaków w zmianach, które w czasie ciąży występują w ścianach naczyń krwionośnych, za czem przemawia okoliczność, że większość żylaków tworzy się już w pierwszych miesiącach ciąży, a więc w czasie, kiedy rosnąca macica jest jeszcze zbyt mała, aby mogła mechanicznie, wskutek ucisku wywoływać utrudnienie odpływu krwi z dolnych kończyn. Spostrzeżenie, że w czasie miesiączki wiele kobiet uczuwa swędzenie nóg, bolesność i występujący wówczas niekiedy znaczny nawet obrzęk nóg, pozwalają przypuszczać, że w czasie miesiączki, a tem bardziej w czasie ciąży krążą we krwi pewne hormony, które działają niszcząco wprost na ściany naczyń i w ten sposób ułatwiają późniejsze nadmierne ich rozdęcie, będące bezpośrednią przyczyną powstawania żylaków, lub też hormony te działają pośrednio, a to za pośrednictwem nerwów sympatycznych, które porażają i w ten sposób obniżają napięcie i elastyczność ścian naczyń.

O ile jednak krwawienie z żylaków umiejscowionych na kończynach jest mniej niebezpieczne, gdyż łatwo dostępne dla oka i opatrunku uciskającego, to żylaki usadowione w okolicy łechtaczki, a zwłaszcza głęboko w pochwie przedstawiają poważne niebezpieczeństwo, które zwiększa się jeszcze bardziej, jeżeli równocześnie powstaną inne obrażenia części miękkich i jeśli przytem macica się nie kurczy. Opanowanie krwotoku z pękniętego żylaka,

usadowionego głęboko w pochwie może przedstawiać duże trudności. Ucisk zapomocą wytamponowania nie prowadzi bowiem do celu, a nawet może zwiększyć krwotok z powodu dalszego rozdzierania tkanki. Brak fachowej pomocy, a przytem niedostateczne oświetlenie, jak często bywa w praktyce prywatnej, zwiększają niepomiernie powagę sytuacji.

Jedynym i pewnym sposobem opanowania krwotoku jest zamknięcie krwawiącego miejsca przez okłucie. Jeśli uwzględnimy wielką kruchość tkanek, jaka w połogu jeszcze istnieje, to zrozumiemy, że okłucie takiego miejsca nie jest łatwe. Niektórzy radzą szyć szwami węzełkowemi w kształcie gwiazdy, wkłówając dość głęboko. (H. Veen, Stoeckel,). Sposób ten jest rzeczywiście dobry i w przypadku naszym zastosowaliśmy go z dobrym skutkiem.

Dla przykładu, jak wielkie rozmiary może mieć krwotok z pękniętego żylaka przytaczam kilka danych z odnośnego piśmiennictwa: I tak n. p. Wüllner zebrał w 1894 r. 15 przyp. pęknięcia żylaków w ciąży, a 16 przyp. w czasie porodu. Z jednej i drugiej grupy zmarło po 7 chorych, co czyni 46.6% względnie w 2-giej grupie 43.8%!

Delachouse (Paryż 1901 r.) opisuje 20 przypadków z których 7 zakończyło się zejściem śmiertelnem (35%).

Stoeckel w swym podręczniku podaje przypadek pęknięcia żylaka w pochwie u osoby ciężarnej. Osoba ta straciła wówczas około 1700 cm³ krwi. Naczynie podwiązano, lecz po kilku dniach podwiązka zesunęła się i wystąpił ponowny krwotok (1200 cm³ krwi). Dopiero kilkakrotne okłucie powstrzymało dalsze krwawienie. Drugim momentem zwracającym uwagę w naszym przypadku są objawy, które wystąpiły trzeciego dnia po krwawieniu, a mianowicie: zamroczenie świadomości, sztywność karku, szczękościsk, porażenie prawego nerwu twarzowego, sinica, oziębienie kończyn i silny niepokój, połączony z atakami przypominającemi psychozy połogowe.

Objawy powyższe odpowiadają klinicznie zatruciu ergotyną, można je jednak wytłumaczyć i w inny jeszcze sposób. Obfite wlewania podskórne fizjologicznego roztworu soli (około 2½ litra) podniosło znacznie parcie krwi, w zwężonych naczyniach. Ponieważ osoba ta miała ściany naczyń naogół kruche, mogło przyjść pod wpływem zwiększonego parcia do pęknięcia drobnego naczynia mózgowego, co spowodowało wystąpienie powyższych objawów.

Wynika z tego, że wlewania podskórne roztworu fizjologicznego soli nie są rzeczą obojętną i wymagają ostrożnego dawkowania. Lepiej jest powtórzyć je kilkakrotnie po 100—200—300 gr. aniżeli wlewać zbyt wielką ilość naraz. Chociaż zasady tej przestrzegamy zawsze, to jednak w przypadku tym odstąpiono od niej jedynie ze względu na nadmierną utratę krwi i silne objawy ostrej niedokrwistości i nie ulega wątpliwości, że jedynie dzięki tym wlewaniom chora zniosła dobrze tak znaczną utratę krwi.

OCENY.

1) Pri la rizmalsano de birdoj (dua raporto). Precipe pri la rizmalsano kauzita per nutrajo rilate manka je vitamino-B.

2) Pri la kvanto de vitamino B. rezervita en organoj ce beribero kaj la komparo kun tiu ce malsano pro manko de vitamina B(rizmalsano) de

Prof. Dro. T. Ogata, Dro. Sz. Kauakita, S. Suzuki, Sz. Kagoszima. — Tokio 1925.

Dwie prace ścisłe, z Instytutu Patologicznego w Tokio (Prof. Ogata), formatu dużej 8-ki, o 130 i 44 stronicach, z licznemi tablicami, krzywemi, i spostrzeżeniami, napisane w języku Esperanto, który przez Akademję lekarską w Tokio został przyjęty jako oficjalny język dla medycyny.

Prace autorów datują się od roku 1920 w którym ogłosili pierwsze doniesienie pt.: „Choroba ryżowa ptaków". Od tego czasu stale badają tę chorobę i ogłaszają od czasu do czasu swe wyniki. Twierdzą oni, że „choroba ryżowa" ptaków, wywołana przez polerowany ryż jest identyczną z chorobą wywołaną przez niedostatek witaminy B. w pożywieniu. Pozostaje ona w ścisłym związku ze stanem węglowodanów w pożywieniu. Zwiększając ilość proteiny (kazeiny) widać przedłużanie się trwania inkubacji równolegle do zmniejszania się węglowodanów. „Choroba ryżowa" jest też identyczną z cierpieniem, powstającem przy zupełnym i całkowitym braku witaminy B. Choroba dzieli się na 2 okresy: okres hiperglikemji przedneurytyczny, związany z anemją, limfopenią i odpowiedniemi zmianami w narządach krwiotwórczych oraz dalszy okres neurytyczny. Autorowie, według metody własnej, przez działanie lecznicze przy chorobie ryżowej mierzą przypuszczalną zawartość witaminy B. Według badań na materjale kogucim, zawartość witaminy B. w wątrobie u zwierząt chorych na chorobę ryżową okazuje znaczne zmniejszenie. Natomiast zawartość witaminy B. w wątrobie zwłok, u ludzi zmarłych na beriberi, nie okazuje zmian, a w szczególności zmniejszenia ilościowego.

Natomiast obecnie autorowie, na podstawie stwierdzonych faktów i nader licznych serji, ścisłych i szczegółowo przedstawionych eksperymentów, tablic i krzywych oraz studjów klinicznych, jakoteż zmian anatomo-patologicznych i histologicznych — swoje pierwotne oględne przypuszczenie zamieniają na stanowcze twierdzenie, że wbrew błędnym panującym poglądom, wprowadzonym przez Eijkmana — choroba beriberi nie jest identyczną z chorobą wywołaną przez brak witaminy B.

Dr. M. Blasberg (Kraków).

Dr. Jan Zaorski: *Wrzód okrągły żołądka i jego leczenie.* Str. 79. 18 ryć. (Wykłady lekarskie, zesz. 3—4).

Wrzód żołądka jest schorzeniem tak częstem i ważnem, a najświeższe piśmiennictwo jego tak rozległem, że brak odnośnej polskiej monografji dawał się odczuwać coraz bardziej; szczególnie nadawał się ten temat dla celów wydawnictwa „Wykładów lekarskich".

Na wstępie pomieszczono dane z anatomji wraz z rysunkami z Bochenka i Corninga oraz fizjologji żołądka, przyczem jednak nie uwzględniono niektórych nowszych prac (terminologja części żołądka, unaczynienie, kwestja istnienia „drogi żołądkowej" i i.). W rozdziale o teorjach powstawania wrzodu zbyt mało poświęcono miejsca teorji nerwowej, sprawie konstytucji, nie uwzględniono nowszych badań nad t. zw. antypepsyną. W rozdziale tym, jak i w innych, wybór układu w formie nie zawsze z sobą należycie powiązanych ustępów o nadpisach tytułowych nie jest zbyt szczęśliwym. Zbyt pobieżnie potraktowano dalej wyniki badań anatomo-patologicznych z ostatnich czasów oraz sprawę rakowacenia wrzodu i za mało wogóle omówiono tak ważny wrzód dwunastnicy. W części rozpoznawczej zdałoby się uwzględnić niektóre najnowsze sposoby badania czynności chemicznej żołądka, a już za brak poważniejszy należy uważać bardzo pobieżne wiadomości z roentgenologji żołądka — potrzebniejszetu stanowczo jak dane z anatomji lub pielęgniarstwa. Kwestje pokrewne, jak przewlekłego zwężenia dwunastnicowo-jelitowego, dwunastnicy olbrzymiej, zmian łącznotkankowych w okolicy dwunastnicy i odźwiernika, tak modne obecnie, powinny być poruszone. W części leczniczej wewnętrznej zbyt mało powiedziano o proteinoterapji wrzodu, nie pamiętano o próbach leczenia roentgenem, w chirurgicznej zaś nie wspomniano o niektórych sposobach operacyjnych polecanych i dyskutowanych w ostatnich latach, a całą, aktualną walkę między zwolennikami zespolenia lub resekcji omówiono zbyt krótko; wrzód trawienny pooperacyjny jelita zasługiwał na bliższe uwzględnienie. Część pielęgniarska jest za rozwlekła na niekorzyść kwestji zastosowania i wyników znieczulenia miejscowego. Dziwnie wreszcie wyglądają zdania takie, że przy wrzodzie „występuje cukier we krwi", „oczyszczanie porów skórnych, ułatwiających oddychanie skóry". Zasługą autora jest uwzględnianie przedewszystkiem prac i spostrzeżeń autorów polskich; szkoda tylko że nie stosuje się to w równej mierze do wszystkich, np. do prac z kliniki chirurgicznej lwowskiej (znieczulanie n. trzewnych, statystyka operac. wrzodu, gojenie się tegoż, antypepsyna).

Pomimo że cel wydawnictwa t. j. przedstawienie całokształtu najnowszych zdobyczy w danym przedmiocie nie zupełnie został osiągnięty, całość nie przestaje być cennym nabytkiem naszego piśmiennictwa lekarskiego, wypełniającym w niem dotychczasową lukę, i winna być z pożytkiem przyjęta przez szersze warstwy lekarzy.

H. Hilarowicz, (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Kazański Medicinskij Żurnal.

T. XXI. Nr. 4 i 5.

A. Samojłow: *Ustrój człowieka, jako przedmiot badania fizjologicznego.* Nowoczesna fizjologja coraz częściej dąży do ujęcia ustroju ludzkiego za przedmiot bezpośredniego badania fizjologicznego. Po wyczerpującem omówieniu najnowszych zdobyczy na polu doświadczeń nad ruchami oddechowemi i czynnością oddechową w świetle badań Halden'a, Barcroft'a, Van-Slick'a, Hasselbacha, Krogh'a i innych, autor domaga się wprowadzenia większej ilości przedstawicieli medycyny teoretycznej do klinik i szpitali, w których chory powinien być dokładnie badany laboratoryjnie, podobnie jak przedmiot badania naukowego.

R. Lurja: *O kile narządów wewnętrznych.* Autor podaje szczegółowy obraz patologiczny kiły narządów wewnętrznych oraz przegląd środków leczniczych, stosowanych w tych przypadkach, uwzględniając także pomyślne wyniki lecznicze zapomocą szczepienia zimnicy przy kile wisceralnej.

L. Wilenskij: *Leczenie zmian kilowych tętnicy według sposobu Schottmüllera.* Podany sposób leczenia zachęcił autora do podzielenia się osiągniętemi wynikami, które stwierdzają, że zmiany kiłowe tętnic doskonale się leczą salwarsanem, rtęcią i jodem. Dodatni odczyn Wassermanna w tych przypadkach wskazuje, że powinno się nie zwlekając odrazu przystąpić do energicznego leczenia; odczyn ujemny wobec utrzymujących się dodatnich objawów klinicznych, nie powinien być uważany za przeszkodę do zalecania leczenia swoistego.

E. Lepski i N. Błagowieszczeński: *Próba czynnego uodpornienia dzieci przeciw płonicy nową mieszanką Zinghera.* Własnoręcznie przygotowaną mieszanką autorowie uodpornili przeszło 107 dzieci w wieku od 1 do 15 lat. Część tej dziatwy dostawała 3 zastrzyknięcia inne zaś tylko 2. W miejscu ukłucia występował niekiedy ograniczony naciek u większości dzieci nie wystąpiły objawy reakcji ogólnej. W celu wyjaśnienia stanu odporności w następstwie przytoczonych wstrzykiwań, autorowie stosowali u wspomnianych dzieci jeszcze reakcję Schick'a. Otrzymane dobre wyniki wskazują, że preparaty, zawierające nieznaczną ilość toksyn, nadają się w zupełności do rozległego stosowania na większą skalę.

J. H. Smorodincew: *Zaczyny, jako najważniejsze czynniki przemiany materji w ustroju.* Autor podaje charakterystykę odczynów zaczynowych oraz omawia nowoczesne mianownictwo oraz ich podział. Wszystkie procesy chemiczne, odbywające się w ustroju należą do rzędu odczynów zaczynowych. Życie komórki tkankowej znajduje w zaczynach obronę ustroju przed szkodliwemi czynnikami wewnętrzego i zewnętrznego pochodzenia, dzięki czemu zaczyny przyjmują żywy udział we wszystkich procesach życiowych.

N. Szwarc i M. Babina: *Określenie chyżości krwi, jako metoda stwierdzenia wydolności narządów krwiobiegu.* Po omówieniu najbardziej rozpowszechnionych sposobów określenia wydolności czynnościowej serca, autor podaje wyniki badania nowym sposobem M. Janowskiego, który polega na stwierdzeniu zmiany objętości ręki w związku z przypływem krwi. Ciśnienie w tętnicach jest znaczniejsze aniżeli w żyłach. A zatem w razie zaciśnięcia ramienia opaską Riva-Rocci do 60 mm. Hg. ustaje przedewszystkiem krwiobieg w żyłach z powodu ich zupełnego ucisku, światło zaś tętnic nie zmienia się w stopniu większym i krew przepływa w tętnicach w ilości zwykłej. W części obwodowej, leżącej poza opaską Rivo-Rocci objętość ręki powiększa się z każdym kurczem serca na ilość objętości przepływającej krwi w tętnicach. A więc jeśli się rękę pogrąży do naczynia z wodą, to przypływająca krew w tym przypądku wyciśnie pewną ilość wody z naczynia, co pozwala wnioskować o ilości krwi przypływającej. Badania przeprowadzano stale w jednakowych warunkach: chorych badano z rana w położeniu siedzącem, określano przedewszystkiem ciśnienie krwi sposobem Gaertner'a, Potain'a Riva-Rocci'ego i Korotkowa, a jednocześnie zapisywano tętno. Następnie określano szybkość krwionapełnienia w stanie pokoju. Określenie chyżości prądu krwi zdaniem autorów, w stanie pokoju i bezpośrednio po odbytej pracy może służyć za wskaźnik czynnościowej wydolności narządów krwiobiegu. W razie wystarczającej zdolności czynnościowej szybkość prądu krwi w następstwie odbytej pracy wzrasta. Porównawcze zestawienia chyżości z napięciem tętna (Pulsdruck), może służyć za określenie siły serca ośrodkowego, zestawienie zaś porównawcze chyżości z minimalnem ciśnieniem diastolicznem może służyć za wskaźnik siły serca obwodowego.

A. Predteczenski: *W sprawie t. zw. nerki sublimatowej.* Autor omawia 15 spostrzeganych przypadktów zatrucia sublimatem. Badania kliniczne, stosowane próby funkcjonalne, a wreszcie badania histologiczne autora stwierdzają, że nerka sublimatowa w patogenezie swej zasadza się przedewszystkiem na sprawie naczyniowej i wpierw uszkodzone zostają naczynia, a następowo niszczeją kłębuszki. Objawy naczyniowe w przebiegu nerki sublimatowej nie dają wybitniejszych oznak, gdyż nabłonek płaski, wyściełający kłębuszki pod drobnowidem występuje mniej plastycznie w porównaniu z nabłonkiem cylindrycznym, wyściełającym kanaliki kręte, martwica i łuszczenie którego zaciemniają obraz uszkodzenia kłębuszków. Uszkodzenia kanalików w tych przypadkach należą do zmian wtórnych i odnowa w zatruciach lekkiego stopnia następuje szybciej, niż odnowa pracy kłębuszków. W przypadkach zatrucia sublimatem miernego stopnia występują objawy kliniczne pod postacią zaburzeń naczyniowych, a mianowicie podrażnienia kłębuszków, wyrażające się objawami nadmiernego moczenia, praca zaś kanalików zostaje niezmienioną, gdyż wydzielanie NaCl odbywa się w ilościach prawidłowych.

I. J. Lowina: *W sprawie sporotrichozy.* Autor opisuje chorą lat 48, u której wystąpiły na twarzy nacieki w skórze i w tkance podskórnej z wytworzeniem się kilku przetok. Przy tej sposobności L. kreśli przegląd nowoczesnego piśmiennictwa, poświęconego sporotrichozie.

W. J. (Lwów).

Casopis lekaru ceskich.

Nr. 1. z r. 1926.

Rudolf Kimla: *Dzisiejszy stan badań nad rakiem w świetle badań doświadczalnych.* W sposób zwięzły i przejrzysty przedstawia autor cały dorobek naukowy w tej dziedzinie począwszy od Morau, a skończywszy na ostatnich pracach Gye-Bernarda i Carrela, które tyle rozgłosu narobiły w świecie naukowym. Nawiązując do tych ostatnich prac dochodzi do wniosku, że dotychczasowe doświadczenia burzą nasze sny o opanowaniu tego problemu pod względem leczniczym i zapobiegawczym. Poznajemy coraz to nowe warunki potrzebne do powstania raka, coraz słabsza jest wiara w istnienie specyficznego drobnoustroju wywołującego atypowe bujania.

Lav. Syllaba: *Wodowstręt przeszczepiony t. zw. virus fix. czy też wywołany t. zw. virus de la rue, a osłabioną szczepionką?* Przeprowadzając bardzo dokładną analizę odpowiedniego przypadku pod względem klinicznym, patologiczno-anatomicznym, etiologicznym i patogenetycznym omawia autor powyższy problem opierając się na niezwykle ciekawej kazuistyce.

J. Pelnarz: *Ostre zakażenie gruźlicze. Typhobacillosis Landoury.* Przedstawiając przypadek omawia jego klinikę przyczem sprzeciwia się dotychczasowemu leczeniu zastrzykami surowic lub szczepionek lub też tuberkuliny, również kąpiele zdaniem autora tylko stan chorego pogarszają. Najlepsze wyniki ma metoda leczenia klimatycznego i dobrem odżywianiem.

Prof. Dr. Ant. Heveroch: *Anatomiczna podstawa i lokalizacja afazji.* Autor omawia rozwój historyczny poglądów na sprawę powyższą, walkę początkowo między szkołą francuską a niemiecką, później między starą szkołą francuską (Dejerine), a nową (Marie).

Dr. Antonin Vaua: *Podskroniowy drenaż komór mózgowych przy wewnętrznem, wrodzonem wodogłowiu.* Metoda podana polega na odprowadzeniu płynu mózgowo-rdzeniowego popod ścięgno mięśnia skroniowego do *corpus adiposum bucceae* i otaczającej luźnej tkanki łącznej. 1 przypadek operowany nie dał trwałego wyniku, zabieg jednak technicznie łatwy, a anatomicznie uzasadniony uważa autor za skuteczny.

Z. 15. I. 1926.

Dr. Sigmund: *Uchyłki, które mogą naśladować obraz wrzodu żołądkowego.* Autor podaje krytyce t. zw. *„Nischensymptom"* Hemdeka, który jest dziś uważany za główny objaw wrzodu, aczkolwiek z drugiej strony mnożą się publikacje z ujemnym wynikiem operacyjnym. Uchyłki te mogą wrzód naśladować, dając „Nischensymptom" dzieli autor na 1) uchyłki w samym żołądku, t. zn. a) na organiczne, b) funkcjonalne i 2) uchyłki pozażołądkowe.

Prof. Dr. O. Schrutz: *Z historji medycyny.* Autor omawia głównie XVIII. w. i połowę XIX w., które zdaniem jego są najbardziej po macoszemu traktowane. We wszystkich najnowszych pracach spotyka się na każdym kroku cytaty Hipokratesa, Galena, u Niemców aż nader często bywa cytowanym Paracelsus, ale ani słowa o epoce opisanej właśnie przez autora, o epoce, w której właśnie przyszło do najwcześniejszego przewrotu w historji medycyny.

Dr. A. Gala: *Przyczyny expulsywnego krwawienia po usunięciu katarakt.* Prócz miażdżycy naczyń siatkówki wzgl. naczyniówki, jako głównej przyczyny krwotoków podaje autor jeszcze szereg innych, jak podniety psychiczne z następowem zatrzymaniem tchu i zamknięciem powiek, dalej działanie kokainy, a szczeg. adrenaliny, przed którą to ostatnią szczególnie przestrzega.

4. z. 22. stycznia 1926.

Dr. L. Filip: *Ocena wytrzymałości serca dla celów sportowych.* Na bogatym materjale i żmudnych badaniach roentgenowskich opiera autor swoją statystykę starając się naukowo zgłębić wpływ współczesnej doby sportowej na wielkość i wytrzymałość serca. Bardzo szczegółowo omawia wpływ poszczególnych dziedzin sportu na zmiany sercowe.

Dr. Vit Hornicek i Dr. Otaker Janota: *Podoponowy krwiak lewej okolicy czołowo-skroniowej, dający, przy równo-*

czesnem ropnem zapaleniu ucha środkowego, obraz ropnia płatu skroniowego. Autor omawia klinikę ropnia, poświęcając dużo miejsca omyłkom przy rozpoznawaniu tegoż. Sam przypadek, zresztą ciekawy, operowany metodą Henschena dwukrotnie z wynikiem dobrym.

Prym. Dr. Niederle: *O spontanicznych pęknięciach jelita.* Spontaniczne pęknięcia mogą powstać tylko w pewnych warunkach, do jakich należy nagłe wzmożenie ciśnienia wśródbrzusznego, lub znaczne podwyższenie zawartości w jelitach. Powstają one częściej niżby się mogło zdawać, nie zawsze jednak zostaje etjologja pęknięć stwierdzoną.

Dr. Jan Bedrna: *Próba fenolsulfoftaleinowa w praktyce urologicznej.* Próba ta ma nad indygokarminową znaczną przewagę ponieważ fenolsulfoftaleina szybciej i zupełnie się wydziela przez nerkę, aniżeli indygokarmin, tudzież wydziela się równocześnie z mocznikiem.

Dr. Schneck.

Revue de Laryngologie.

1925. Nr. 17.

Chiloff; *W sprawie tworzenia się głosu u chorych po laryngectomji.* Dla powstania dźwięku konieczne są następujące warunki: 1) delikatność budowy aparatu przeprowadzającego dźwięk, 2) związek z narządami oddechowemi, 3) rozwinięta inteligencja. Chorzy po laryngectomji pozbawieni są pierwszych 2 warunków, pozostaje im tylko trzeci — inteligencja. W ciągu pierwszych dni po operacji chorzy ci zastępują głos mimiką, po pewnym czasie jednak zaczynają mówić szeptem. Używają oni, zdaniem autora, dla swej mowy drgań śluzówki otworu przełyku. Mowa ta jednak szybko ich męczy. Gdy wyczerpie się zapas powietrza, chory odświeża go zapomocą ruchów połykowych. W przypadkach tworzenia rezerwoaru powietrza w dolnem gardle, chory nie ma potrzeby połykania powietrza — on tylko otwiera usta, a dolne gardło samo niem się napełnia. Ilość tego powietrza bywa minimalna. Autor zmuszał chorych takich wydychać do lejka, hermetycznie połączonego z jamą ustną i manometrem, powietrze, zawarte w jamie ustnej i dolnem gardle. Okazało się, że rtęć manometru podnosiła się zaledwie o 10 mm., przyczem wymawianie liter nie wpływało na zmianę wysokości słupa rtęci. U zdrowych wahania wynosiły 100—120 cm., wymawianie zaś liter wywoływało zmianę w wahaniach. Chorzy dawniej operowani mogą mówić przy zatkanym otworze tchawicy. Dowodzi to pewnych zaburzeń centralnych, mianowicie chory, nie widząc korzyści dla wymowy z aparatu oddechowego, zaprzestaje kierować odpowiednie impulsy na mięśnie klatki piersiowej i aparat artykulacyjny. Posiadając niewielki zapas powietrza w dolnem gardle, chorzy ci mogą jednak wymawiać bez przerwy całe frazesy. Gra tu rolę nos, skąd powietrze przedostaje się do gardła. Autor kazał chorym po laryngectomji wymawiać do aparatu piszącego różne litery przy otwartym i zatkanym nosie. Wnioski autora są następujące: 1. obecność rezerwowa powietrza w dolnem gardle jest konieczną dla szeptu u osób pozbawionych operacyjnie krtani, 2. nos gra rolę tylko u takich chorych, którzy posługują się szeptem, t. j. powietrzem dolnego gardła.

1926. Nr. 3.

Magnan: *Naczyniak podniebienia miękkiego leczony diathermją.* Autor podaje przypadek *angiomatis capill, venosi* leczony przez pewien czas węglanem magnezu, po pewnym czasie recydywa, leczenie poprzednie bez skutku, nawet dało szybszy rozrost. Guz dochodził wielkości pół jaja. Dopiero diatermja dała po 5 seansach wyleczenie.

1925. Nr. 22.

Rebattu: *Badania odruchów błędnikowych w przebiegu wiądu rdzenia.* Na podstawie szczegółowego badania słuchu i aparatu statycznego u 30 tabetyków dochodzi autor do wniosku, że zaburzenia błędnikowe dość często występują u takich chorych. Może być nadpobudliwość, może też być zmniejszenie lub zniesienie pobudliwości błędnika. Dają się spostrzegać objawy Menière'a. Stwierdzenie tych zaburzeń bywa bardzo ważnem w początkowym okresie wiądu, kiedy brak jeszcze innych objawów tego cierpienia.

1925. Nr. 18.

Sékonlitch: *Ciśnienie tętnicze u adenoidalnych przed i po adenotomji.* Autor badał ciśnienie tętnicze oraz leukocytozę u 12 adenoidalnych przed operacją i w 1—$1^1/_2$ miesiąca po operacji. Przed operacją spostrzegał w większości przypadków wzmożenia ciśnienia, mały stopień leukocytozy, limpho-mono i eozynocytozę, obok neutropenji. Po operacji ciśnienie tętnicze zmniejszało się, formuła leukocytowa przybliżała się do normy. Autor przychodzi do wniosku że adenoidalni należą do grupy dystoników układu sympatycznego i parasympatycznego. Operacja usunięcia adenoidów wpływa dodatnio, nie tylko miejscowo, lecz i ogólnie.

Wąsowski.

British Medical Journal.

Nr. 3390 1925 r.

Hiperpiesia: Na dorocznem zgromadzeniu brytyjskiego stowarzyszenia lek. w Bath. r. u. omawiano szeroko zespół objawów wzmożonego ciśnienia krwi — zwany w Anglji *„Hyperpiesia"*. Pierwszy referat wygłosił prezydent sekcji med. wewnętrznej:

Lord Dawson of Penn znakomity internista londyński, zaznaczywszy odrębność tego zespołu od śródmiąższowego zapalenia nerek, omawia szczegółowo zachowanie się ciśnienia krwi w młodości — najlepiej pozwalającej poznać istotę zjawiska. Z 55/40 przy urodzeniu wzrasta ciśnienie, choć nie stale, do trzeciej dekady wieku; od wieku dwudziestu kilku lat do 45 nie ma znacznych wahań — dochodząc do 115—130. U ludzi tego wieku z ciśnieniem nad 140 stwierdzał zazwyczaj pewne dolegliwości.

Towarzystwa asekuracyjne na podstawie bardzo obszernego materjału (Brandreth Symonds) podają przeciętnie prawidłowe ciśnienie skurczowe na 125'5 (wiek 15—19 lat) do 135'3 (u 60-letnich i starszych). Ciśnienie nad 140 jest podejrzane. U 1500 studentów rozpoczynających studja w Uniwersytecie kalifornijskim uzyskał Alvarez cyfry 124'7 dla mężczyzn, zaś 114'6 u kobiet. W 20% stwierdził cyfrę nad 140, czasem 170 i wyżej. Na ogół młodzież ta była zdrową.

Mowca uważa, że rozkurczowe ciśnienie waha się u osób płci męskiej 15—20 letnich około 45—80, nie przekraczając 85. U starszych nie przekracza 90; przy 100 występują już dolegliwości.

Trudno powiedzieć gdzie kończy się prawidłowe ciśnienie a rozpoczyna się nieprawidłowe. Na 650 młodzieży w szkołach w wieku od 10—17 lat stwierdził mowca u 8% ciśnienie ponad 130. Za nieprawidłowe w tym wieku uważa ciśnienie 90 lub wyżej. U tych 8% ct. j. 52 dzieci z nieprawidłowem ciśnieniem zresztą zdrowych — uważa autor jako osobników o wrodzonej szczególniejszej właściwości czynnościowej, a poniekąd rodzinnej z tętnicami o wybiorczej wrażliwości — tak jak niektóre serca zbyt wrażliwe łatwo popadają w częstoskurcz lub niemiarowość. Ta czynnościowa nieprawidłowość — z czasem może stać się chorobą, podobnie jak u ludzi z złem krążeniem począwszy od zimnych kończyn, sinych rąk aż do rozwiniętej choroby Raynauda. Z powyższych 8% 9 zbadał autor jeszcze bardzo szczegółowo, w wieku 15—19 lat, i przychodzi do wniosku, że to są przecież osobniki „predestynowane" do późniejszych schorzeń przerostowych serca w następstwie nadmiernej pracy tętniczek. Jednakże ciśnienie wzmożone występujące poraz pierwszy w wieku późniejszym miewa cały szereg innych przyczyn bądź to z powodu zboczeń w przemianie materji bądź też schorzeń gruczołów dokrewnych.

Skłonność do skurczu naczyń jest prawdopodobnie wrodzoną — zwłaszcza jeżeli występuje u dzieci w wieku szkolnym; podwyżkę ciśnienia stwierdzono i u niemowląt. Kilka przypadków rodzinnej *„hiperpiesji"* przytacza. Odmiennie, istnieją rodziny w których przeważa ciśnienie niskie. Skurcz naczyniowy niewątpliwie zawisł od czynników chemicznych (substancje presoryczne n. p. pochodne guanidyny) we krwi lub też zależy od wpływów ośrodków nerwowych — właściwości wrodzonych lub odziedziczonych. *„Hyperpiesia"* nie ma ograniczonego zakresu, rozpoczyna się jako szczególniejszy stan ciała i umysłu — niebędący chorobą lecz mogący stać się nią: wkrada się w nasze życie bez naszej świadomości. Czujemy się zdrowi póki jakieś „szczęśliwe" zaburzenie zdrowia nie sprowadza badania lekarskiego, a w następstwie odkrycie, że zagrożone życie i że granica została przekroczoną, a powrót trudny lub i niemożliwy.

Starling — słynny fizjolog — przedstawia nader zajmująco warunki od których zależy ciśnienie prawidłowe (85—120 mm. Hg.) wpływ samego serca, oporów obwodowych, ośrodków naczynioruchowych — opierając się na b. pomysłowych doświadczeniach własnych — wreszcie wypowiada znamienne zdania z których przytaczam tylko co najważniejsze:

Czy zmiany w nerkach zawsze bywają pierwotną przyczyną zaburzeń towarzyszących „hyperpiesji" wydaje mi się kwestją dotąd otwartą.... Przyczynę „hyperpiesji" należy szukać przedewszystkiem w ośrodkach naczynioruchowych. Zmiany w krążeniu mózgu i ośrodku wasomotorycznym mogą pierwotnie być tylko miejscowymi lub następstwem zmian w innych częściach ciała n. p. w nerkach.

Otto May przedstawił na podstawie zestawień towarzystwa ubezpieczeń na życie „Prudentia Assurance Company" stosunek

podwyższonego ciśnienia do śmiertelności za czas 1920—1924 r. Towarzystwo dzieli ubezpieczonych na grupę A) z ciśnieniem skurczowem poniżej 140 mm, B) od 141—170 mm, C) ponad 170 mm. Liczba ubezpieczonych wynosi 106.507 (z tych 84.700 mężczyzn a 21.807 kobiet) z tej liczby badano tętnicze ciśnienie u 20.260 t. j. 19%. Z ciśnieniem poniżej 140 stwierdzono 75% mężczyzn, 82'6% kob., ciśn. 141—170 stwierdzono u 22,9% mężcz., 16'0% kob., nad 170 było 1'8% mężcz., zaś 1'4% kobiet. Z innego zestawienia widać, że wysokie ciśnienie nie sprzyja długowieczności, a widoki szybko się pogarszają gdy ciśnienie przekracza 170, a przy 200 i wyżej, bywa śmiertelność niemniej niż ośmiokrotna niż prawidłowa. W 130 przypadkach o ciśnieniu 200 lub wyższem badano zachowanie się białka; w 71% brak tegoż, ślad w 15'4%, wybitny białkomocz w 13'1%. Mowca przyznaje jednak, że zdarzają się przypadki z wysokiem ciśnieniem — u starszych ludzi — z dobrem zdrowiem i bez zmian nerkowych.

Trwałe ciśnienie ponad 240 zagraża badanemu śmiercią w ciągu 2—3 lat; jednakże nieostrożnym jest lekarz rokujący co do długości życia w przypadkach o niższem ciśnieniu — jedynie tylko na podstawie ciśnienia samego.

Geoffrey Evans: Stałe ciśnienie skurczowe 170 mm lub wyższe należy uważać jako „Hyperpiesia".

Kliniczne cechy: stałe nadciśnienie, przerost lewej komory (dający się stwierdzić roentgenologicznie i elektrokardjografją), dźwięczny drugi ton nad t. główną; tętno sprychowe twarde i chybkie (lub też „małe i skurczowe"); naczynia siatkówki blade i skurczone; stwierdzić można nieraz miażdżycę tętniczek siatkowych. Ślad białka w moczu, czasem i cukru. W przeciwieństwie do zespołu migreny, stanu przejściowego, hyperpiesia jest stanem trwałym choć nie ciągle objawiającym się; na zwłokach nie można rozpoznać migreny przebywanej — przeciwnie w przypadkach *hiperpiesji* stwierdzić można stanowczo zmiany patologiczno-anatomiczne po śmierci. Najczęściej zdarzają się mózgowe krwotoki lub schorzenia serca, wzgl. jakieś przypadkowe choroby, jak zapalenie płuc lub posocznica. Cechującym jest wiek średni chorego, dobre odżywienie nawet pełnokrwistość, o wzroście i wadze ciała ponad normę. Serce waży ponad 15 uncji (525 gr.) z przerosłą lewą komorą. Zastawki prawidł., mięsień zgrubiały, spoisty; większe tętnice zgrubiałe, tętnice śledzionowa i miednicowa często na wewnętrznej powierzchni okazują poprzeczne listewki z przerostu mięśniówki pochodzące. Na przekroju śledziony i nerki, najdrobniejsze widoczne tętniczki, wysterczają ponad przekrój — czasem nerki w postaci i barwie prawidłowe jednak okazują powierzchnię drobno-ziarnistą lub pozaciąganą po dawnych zawałach.

Czasem przekrój jest zupełnie prawidłowy. Najczęściej drobnowidowo stwierdzić można *„sclerosis diffusa hyperplastica"* najdrobniejszych tętnic i tętniczek — opisaną przez mowcę przed 2 laty. Nie u każdego chorego, który zmarł wskutek „hyperpiesia" stwierdzić można te anatomiczne zmiany, gdyż nie każda zmiana czynności wytwarza zmiany w budowie (narządu). Trwałe nadciśnienie zależne od trwale wzrastającej pracy ośrodków naczynioruchowych — jak to Starling wykazał, — i wzrastającego trwale napięcia naczyń obwodowych, istnieć może bez zboczeń ich utkania. Mowca jednak sądzi, że wyżej wzmiankowana *„sclerosis diffusa hyperplastica"* współistniejąca ze zmianami czynnościowemi naczyń — mogą być wynikiem działania wspólnego chorobotwórczego czynnika.

F. H. Humphris omawia działanie lecznicze prądu elektrycznego (D'Arsomwalizacji, elektroterapji) w zespole hiperpiezji: obok wpływu na przemianę materji powiększenie stałych składników moczu, potu i t. d. działanie miejscowe na układ naczyniowy i t. d.

W ciągu 15 minutowego stosowania prądu obniża się wprawdzie ciśnienie z 220 mm. na 200 mm. wraca jednak następnego dnia do pierwotnej wysokości; wszakże po kilku dniach wykazuje już przed zabiegiem 200 mm. Leczenie wymaga dłuższego czasu. Widoczna jest poprawa co do podmiotowych dolegliwości, zawrotów, bezsenności, czy też senności, niechęci do pracy, trudności w pracy umysłowej. Diatermja również korzystnie działa. Wywody swe (nie podawszy metod) kończy zdaniem: Leczenie elektrycznością, wyjąwszy przypadki ciężkie, może utrzymać chorego latami w stanie względnego zdrowia.

W dyskusji Cawadias (z Aten) rozróżnia Hyperpiesję centralną od miejscowej (w kończynach, w sercu); etjologicznie: toksyczną, nerwową i chemiczną.

Stacey Wilson uzyskał po 3-miesięcznem stosowaniu autowakcyny z ropnia kołozębowego u młodzieńca z ciśnieniem nad 140 — spadek do prawidłowego stanu. W drugim przypadku autowakcyna była bezskuteczna.

Pisek (Lwów).

Klinische Wochenschrift.

1926. Nr. 15.

Prof. Schmieden: *Pozdrowienie dla 50-go niemieckiego kongresu chirurgów.*

Krótka historja i zarys działalności niemieckiego towarzystwa chirurgicznego, które w święta wielkanocne odbyło swój 50-letni kongres.

Prof. Borchardt: *Uwagi o t. zw. guzach klepsydrowatych rdzenia i kręgosłupa.*

Kazuistyka z 3 przypadków złożona. Autor gorąco podnosi wartość myelografji Sicarda.

Prof. Winterstein: *Teorja lipoidalna narkozy w świetle nowszych badań.*

Autor przedstawia szereg faktów, które silnie wstrząsają podstawami teorji lipoidalnej.

Presser: *Kiedy zaułek żołądkowy (nisza) jest objawem raka?*

Przedstawiono 5 przypadków. Samo stwierdzenie niszy wielkości wiśni lub większej, pozwala z dość znacznem prawdopodobieństwem na wyciągnięcie wniosku, że zachodzi złośliwe schorzenie żołądka, a stwierdzenie wielkiej niszy wogóle jest bezwarunkowem wskazaniem do laparotomji.

Prof. Zondek: *Kiedy należy operować przy kamieniach nerkowych lub moczowodowych?*

Prof. Weil: *Operacyjne leczenie t. zw. porażenia m. oponentis.*

L. Hirsch: *O drogach bólów naczyń kończyn, zarazem przyczynek w sprawie dróg czuciowych w nerwach sympatycznych.*

Prof. Baetzner: *Uszkodzenia sportowe w narządzie ruchowym.*

Haberlandt: *Nowe badania nad hormonem sercowym.*

Brandt, Guth, Müller: *W sprawie swoistości narządowej antycial lipoidalnych.*

Rave: *O uchyłkach dwunastnicy.*

Przypadek dotyczący 53-letniej kobiety, u której poprzednio postawiono błędne rozpoznanie raka żołądka.

Prof. Budde: *W sprawie wskazania operacyjnego przy kryptogenetycznej peritonitis pneumococcica u dzieci.*

W początkowym okresie radzi autor zostawić samemu ustrojowi walkę z pneumokokami a tylko wspierać o ile możności ustrój w tej walce.

Radzi stosować autohemoterapję. Dopiero gdy sprawa się umiejscowiła należy operować. Wczesne operowanie uważa za przeciwskazane.

Prof. Close: *W sprawie chirurgji w colitis gravis.* Autor przedstawia naprzód stanowisko kliniki wewnętrznej, zastanawia się nad tem, kiedy zachodzi przy przewlekłych schorzeniach jelita grubego potrzeba leczenia chirurgicznego, jakie zadania ma do spełnienia leczenie chirurgiczne i omawia metody zabiegów.

Freudenberg: *Rozdział lekarzy w Stanach Zjednoczonych.* Zestawienia statystyczne, wykazujące w poszczególnych Stanach liczbę lekarzy na 10.000 mieszkańców w r. 1920 oraz majątek w dolarach oceniany na głowę w r. 1922. Nadto zestawienie z r. 1920 wykazujące liczbę lekarzy na 100.000 mieszkańców oraz śmiertelność lekarzy.

Dr. Paula Hertwig: *Problemy przekształcania płci.*

Referat zbiorowy.

Dr. Blasberg (Kraków).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A) Piśmiennictwo polskie.

Ginekologja Polska, Tom V. r. 1926. zeszyt I—III. (styczeń-marzec): Nekrolog śp. Dr. Tomasza Reutta. — K. Wiślański i J. Krzyżanowski: Badanie jadowitości paciorkowców. — T. Zwoliński i R. Truszkowski: W sprawie badań nad kwasotą pochwy kobiecej — W. Zaleski: O drobnotorbielowem zwyrodnieniu części pochwowej macicy. — B. Stępowski: Studja kliniczne nad jadowitością paciorkowców. — S. Chełmocki: Postępowanie w poronieniach. — J. Rosenblatt i St. Kass: Roentgenografja jako środek rozpoznawczy w ginekologji. I. Niewola: O postępowaniu w poronieniach gorączkowych. — T. Zawodziński i A. Spiro: W sprawie techniki salpingografji. — D. Jewsiejenko: Dwa ciekawe przypadki z praktyki. — M. Zweigbaum. Notatki językowe i terminologiczne. — K. Mączewski: Wrażenie z pobytu w klinikach położniczych i ginekologicznych w Paryżu.

Wiadomości farmaceutyczne: Rok L. III. Nr. 17. z 25 kwietnia 1926. D. Gatty-Kostycl: Preparaty galenowe w świetle nowszych badań. — Instytut chemiczny w Poznaniu. — Sprawy zawodowe.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy. Rok XV. nr. 1.: L. Korczyński: Wskazania dla leczenia klimatycznego i balneoterapeutycznego na ziemiach polskich; Sprawozdanie z Walnego Zebrania członków Polsk. Tow. balneologicznego. — S. Cybulski: Zdrojowisko Rabka. — Informacje o zdrojowiskach Polskich.

Przegląd dermatologiczny. Rok XXI. zeszyt 2. r. 1926: R. Bernhardt: Rogowacenie ciemne pierwotne. — M. Grzybowski: Przypadek nawrotowych osutek wśród leczenia Salvarsanem i Bismutem. — W. Berkowski i M. Regelman: Pryszczyca (eczema) w świetle historji i pojęć współczesnych. — R. Bernhardt: Pityriasis lichenoides chronica. — J. Merenlender. Sarcoidy typu Derier-Roussy.

Zdrowie. Rocznik XLI. zeszyt nr. 5 z r. 1926. P. Gantkowski: O doniosłości i rozwoju uzdrowisk polskich, oraz o sposobach prowadzących do ulepszenia i popularyzowania. — Inż. H. Żmigród. Sztuczne bielenie oraz przyśpieszanie dojrzewania mąki. L. Bier: Opinja w sprawie polskiego ustawodawstwa skarbowego dotyczącego wina.

B) Piśmiennictwo niemieckie

Jehreskurse f. ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. (Monachium. J. F. Lehmann) 1926. Kwiecień (Cena 2 M. n.).

1) Docent Beckmann: O znaczeniu stosunku kwasów i zasad dla czynności nerek i obrzęków. — 2) Prof. Joseph: Przegląd piśmiennictwa dermatologicznego. — 3) Doc. Paschkis: Przegląd piśmiennictwa urologicznego.

C) Piśmiennictwo esperanckie.

Internacia Medicina Revuo 1926 Nr. 2.

Vanverts. Konserwatywne leczenie jajników i jajowodów. Robin: O sondowaniu dwunastnicy i jego wartości. Carbone. Odporność roślin. Leunbach: Ankieta o sztucznem poronieniu i metodach zapobiegających ciąży.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. - ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

IV. Posiedzenie naukowe wspólnie z Towarzystwem Higjenicznem w dniu 12 lutego 1926 r.

Przewodniczący Kol. Grek, obecnych 80 członków.

1. Kol. Selzer Marcin wygłasza *Umieralność i śmiertelność z gruźlicy wśród ludności żydowskiej we Lwowie w ostatnich 33 latach.* Na podstawie zestawień statystycznych miejskiego biura statystycznego pokazuje, się, że jeżeli porównamy cyfry śmiertelności w stosunku do wyznania zmarłych jest wyraźna różnica między ilością zmarłych na gruźlicę chrześćjan i żydów. Rozumie się, że uwzględnione są liczby mieszkańców we Lwowie i procentowy stosunek ludności żydowskiej do reszty ludności. Mówca przedstawia tę różnicę w trzech szeregach, z których pierwszy szereg przedstawia absolutną ilość zmarłych na gruźlicę chrześćjan i żydów; drugi szereg przedstawia, ilu chrześćjan i ilu żydów umarło na gruźlicę w stosunku na 100 zmarłych wogóle; w trzecim szeregu wreszcie są uwidocznione różnice w ilości zmarłych chrześćjan i żydów w stosunku na 100 zmarłych na gruźlicę. Dla przykładu przytacza mówca następującą datę: w r. 1912 było na 100 zgonów z gruźlicy we Lwowie 87.1 chrześćjan i 12.9 żydów. Uwzględniając stosunek ludności żydowskiej we Lwowie (który wynosi przeciętnie 30%) powinno było w tym roku umrzeć na gruźlicę tylko 66.6 chrześćjan, a 33.3 żydów. Widzimy, więc, że umiera żydów prawie $2^1/_2$ razy mniej, aniżeli powinno.

Zjawisko mniejszej śmiertelności z gruźlicy u żydów, mieszkających w większych skupieniach, stwierdzono już dawniej zagranicą, a u nas stwierdzili to Alfred Sokołowski, Biegański, Sewery Sterling, Mikołajski i mówca.

Tłumaczą zjawisko to rozmaicie. Jedni autorowie twierdzą, że jest to skutek pewnych przepisów rytualnych u żydów jak: wczesne małżeństwa, brak alkoholizmu, mniejsza ilość chorób wenerycznych, wreszcie przepisy rytualne co do używania mięsa, pochodzącego ze zwierząt chorych na perlicę.

Inni autorowie między innymi i Biegański przyjmują zjawisko mniejszej śmiertelności z gruźlicy u żydów jako właściwość rasową. Przeciwko temu występuje mówca, który przytacza fakt wystąpienia specjalnie ostrej postaci gruźlicy u pewnego szczepu żydowskiego (jemenici), który zetknąwszy się w najnowszych czasach poraz pierwszy z ludnością europejską, a temsamem i gruźlicą ginął o wiele szybciej i gwałtowniej; jest to dowód, że o ile żydzi nie stykali się poprzednio z tą chorobą, umierają na nią tak samo jak reszta ludności.

Zdaniem mówcy przyczyna mniejszej śmiertelności, a może też i mniejszej chorobowości z gruźlicy polega na tem, że ludność żydowska nabyła w ciągu kilku stuleci pewnej odporności przeciwko tej chorobie. Wiadomo bowiem, że żydzi mieszkali we wiekach średnich aż prawie do połowy ubiegłego stulecia w ghettach, gdzie wskutek ciasnoty i złych warunków higjenicznych stale grasowała gruźlica. Jednostki, które nie uległy tej chorobie nabyły pewnej odporności przeciwko niej, która tylko się dziedziczyła z pokolenia na pokolenie. W ten sposób dałoby się może wytłumaczyć zjawisko mniejszej śmiertelności z gruźlicy u żydów.

2. Kol. Bühn wygłasza *„Sprawozdanie z kursu przeciwgruźliczego w Warszawie.* Mówca omawia wykłady, sprawę szczepień przeciwgruźliczych, przyjęty podział gruźlicy, leczenie gruźlicy sanokryzyną, jak również zdaje sprawę ze zwiedzonych w czasię kursu: ośrodka zdrowia w Mokotowie i sanatorjum w Rudce.

3. Kol. Węgrzynowski składa: *„Sprawozdanie lekarskie z działalności Towarzystwa Walki z gruźlicą, za rok 1925"* (ukaże się drukiem w Pol. Gaz. Lek.).

W dyskusji kol. Pisek przypomina wydaną w 1907 r. pracę swą „Zwalczanie gruźlicy w miastach naszych". Przedtem we Lwowie umierało z gruźlicy 1200 osób, obecnie 700, trzeba jednak pamiętać, że śmiertelność z gruźlicy często okresowo obniża się. Obecnie pomimo znacznie gorszych warunków mieszkaniowych niż przed wojną śmiertelność jest niższa. We Lwowie śmiertelność z gruźlicy stoi na III-ciem miejscu. Należy podnieść, że u nas stale od kilkunastu lat zwiększa się śmiertelność z wad serca, stoi też ona na pierwszem miejscu.

Omawia leczenie gruźlicy, podnosząc, że jedynie leczenie klimatyczno-higjeniczne i odma dają niekiedy dobre rezultaty; inne wszelkie metody — jak dotychczas — pozostają bez wyniku.

Kol. Mikołajski przypomina, że w 1911 r. zamieścił w „Głosie Lekarzy" referat o śmiertelności z gruźlicy żydów lwowskich, w którym na podstawie cyfr miejskiego biura statystycznego wykazał, że śmiertelność z gruźlicy u żydów we Lwowie jest $2^1/_2$ razy mniejsza, niż u chrześćjan, co obecnie kol. Selzer ponownie stwierdza.

Ze statystyką gruźlicy w Polsce jesteśmy w kłopocie albowiem nie posiadamy opracowań ogólnych dla całego Państwa i nie możemy się zorjentować, w jakim stopniu gruźlica u nas panuje, czy się zwiększa, czy też maleje. Mamy jedynie zestawienia statystyczne z wielkich miast. Od roku bieżącego na podstawie nowych rozporządzeń lekarze powiatowi w Małopolsce uzyskają wgląd w kwartalne zestawienia o ruchu ludności i teraz dopiero uzyskamy w ten sposób możność uchwycenia cyfr skonów z gruźlicy w każdym powiecie.

Co do śmiertelności z gruźlicy we Lwowie kol. Selzer wypowiedział zdanie, że utrzymuje się ona na tym samym poziomie, co lat dawniejszych, a w dyskusji kol. Pisek przytoczył cyfrę 1200 skonów rocznie, kol. Węgrzynowski 920 skonów, kol. Selzer 750 skonów. Mówca zaś stwierdza, że *w 1925 r. zgłoszono we Lwowie tylko 528 skonów z gruźlicy płuc,* co stanowi 22,6 skonów na 10.000 ludności, a zatem spadek do połowy, a nawet trzeciej części odsetki z lat dawniejszych.

Gruźlica we Lwowie bardzo znacznie zmalała.

Ponieważ przytoczone przez kol. Piseka warunki sanitarne nie uległy zmianie, a mianowicie stosunki mieszkaniowe są okropne, zapylenie miasta nie mniejsze, niż dawniej, nie można twierdzić, jakoby nasilenie gruźlicy zależało jedynie od tych czynników. Śmiertelność i zachorowalność tak ogólna, jak i na poszczególne choroby zakaźne, a między innemi i na gruźlicę jest zjawiskiem, zależnem od oddziaływania rozlicznych czynników, i popadamy w sprzeczność z faktami, jeśli gruźlicę przyczynowo łączymy tylko z pewnemi niedomaganiami społecznemi. Gdyby gruźlica była jedynie chorobą mieszkaniową, jak się to dotąd zwyczajowo utrzymuje, powinnaby ona obecnie przy znanej nędzy mieszkaniowej ogromnie wzrosnąć we Lwowie, a tymczasem widzimy, że pomimo katastrofalnego braku mieszkań krzywizna śmiertelności z gruźlicy nagle załamała się i opadła do bardzo niskiego poziomu. Należy tedy przy rozważaniu zagadnienia gruźlicy zdawać sobie sprawę, że do jej przytłumienia przyczyniły się niewątpliwie wielkie reformy społeczne, które zmieniły gruntownie warunki bytu szerokich mas ludowych. Ośmiogodzinny dzień pracy usunął fizyczne przemęczenie robotników, wyższa skala wynagrodzeń za pracę fizyczną umożliwiła lepsze odżywia-

nie się ludności, rozszerzenie zakresu ubezpieczeń na wypadek choroby umożliwiło masom leczenie się wczesne i to wszystko oddziałało bardzo na zmniejszenie częstości gruźlicy.

Powracając do swego referatu, o rozwoju walki z gruźlicą w Małopolsce nadmienia mówca, że w pracy tej mogą być pewne luki, które chętnie uzupełni przed oddaniem ewentualnem rękopisu do druku, nie może jednak uwzględnić zapodań ustnych na podstawie osobistych wspomnień, ale prosi o udokumentowanie podnoszonych szczegółów dowodami z literatury, gdyż praca jego może mieć pewną wartość tylko wtedy, jeśli będzie oparta na źródłach drukiem ogłoszonych lub na aktach urzędowych.

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

Dr. Czesław STANKIEWICZ. Warszawa.

VII. Kongres Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgicznego, w Rzymie, 7—10 kwietnia 1926 r.

Dnia 7 u. m. rozpoczął się w Rzymie, pod protektoratem Jego Królewskiej Mości Króla Italji, VII. kongres miedzynarodowego Tow. chirurgicznego, przy nadzwyczajnie licznym udziale przedstawicieli wszystkich narodów, wchodzących w skład Towarzystwa. Prezydjum Zjazdu stanowili senator Giordano, prymarjusz szpitala w Wenecji, jako prezes, docent dr. Mayer z Brukseli, jako sekretarz generalny Tow., prof. Leonardo Dominici, dyrektor kliniki chirurgicznej w Sassari, jako sekretarz Zjazdu, oraz docent dr. Lorthioir z Brukseli, jako skarbnik. Po złożeniu wieńca na grobie nieznanego żołnierza z napisem w języku francuskim, odbyło się, przy udziale premiera Mussoliniego, uroczyste posiedzenie inauguracyjne na kapitolu w Palazzo dei Conservatori, przybranym w bezcenne gobeliny, z których jeden, zawieszony nad głównem wejściem, głosił maksymę: Roma patria communis: tak bliską sercu narodów kultury łacińskiej. W wielkiej sali, zwanej degli Orazi e Curiazi, ozdobionej pomnikami papieży Innocentego X i Urbana VIII oraz dziwnym zbiegiem okoliczności biustem naszej królowej Marysieńki, powitał zebranych gubernator Rzymu senator Cremonesi, poczem zabrał głos Mussolini imieniem rządu włoskiego witając kongres. Z pięknej i podniosłej mowy premiera ministrów włoskich bije kult dla stanu lekarskiego. Słowo „chirurg“, wzięte etymologicznie, nie oddaje, zdaniem mówcy, tych wielkich walorów moralnych i naukowych, których wyrazem codziennym jest praca każdego chirurga. Mówiąc o zasługach szkoły w Salerno w ustaleniu podstaw chirurgji jako nauki, cytuje w dalszym ciągu wielkie nazwiska Andrzeja Vesalio, Wurtziusa, Paracelsa i Ambrożego Paré. Podziwia skromność tego ostatniego, który, biorac udział jako chirurg Franciszka II, Karola IX i Henryka III w wielu wojnach, gdy tylko dzięki swej sztuce uratował życie ludzkie, zwykł był mawiać: Je le pançai, Dieu le guarist. Wspomina o wielkiem dziele lekarskiem: de corporis humani fabrica i stwierdza, że jako uczestnik Wielkiej Wojny na własnem ciele doświadczył błogosławionych skutków chirurgji. Nazywa wreszcie chirurgów żołnierzami codziennej walki o życie i wyraża im swój podziw i sympatję. Mowa p. prezesa ministrów została pokryta istną burzą oklasków, długi czas nie milknącą. Prof. Willems, prezes komitetu międzynarodowego Tow., dziękuje premierowi Mussoliniemu i gubernatorowi Rzymu Cremonesiemu za gorące słowa powitania, poczem, omawiając sprawy ogólne Tow., komunikuje zebranym, iż w ciągu ostatniego trzechlecia z grona członków ubyło 40, w tem, między innemi, dwóch byłych prezesów (Devage, Mac Ewen), Richelot, Jonnesco, Ziemacki. Pamięć zmarłych członków Tow. zgromadzenie uczciło przez powstanie i zachowanie ciszy w ciągu jednej minuty. W dalszym ciągu, dr. Mayer, sekretarz generalny Tow., wyraża podziękowanie kolegom włoskim za serdeczne przyjęcie, które zgotowali uczestnikom Zjazdu w Medjolanie, Wenecji, Padwie, Bolonii i Florencji, zaznacza liczny udział chirurgów całego niemal świata, co objaśnia siłą przyciągającą cudnego słońca Italji, wreszcie proponuje, by wysłać depeszę z pozdrowieniem najstarszemu członkowi Tow., prof. Keen'owi w Filadelfii, liczącemu obecnie lat 89, a który mimo wieku brał udział we wszystkich poprzednich zjazdach. W końcu przemawiał prezes Zjazdu senator Giordano dziękując przedstawicielom wszystkich narodów za przybycie do Rzymu, poczem w pięknej mowie, wypowiedzianej po łacinie, szeroko omówił stronę idealną pracy chirurga, której wyrazem, za przykładem św. Franciszka z Assyżu, jest dobroć serca i dobroczynność. —Tegoż dnia popołudniu rozpoczął Zjazd swe prace naukowe w sali bibljoteki wielkiego szpitala Policlinico Umberto rozprawami na temat: *curieterapia raka szyi macicznej*. Głównym referentem był prof. Regaud z Paryża; korreferentami — Beuttner z Genewy, Forsdike z Londynu, Recasens z Madrytu (referat odczytany przez dra Mayera) i Pestalozza z Rzymu. Temat wywołał bardzo ożywioną dyskusję, prowadzoną w pięciu t. zw. urzędowych językach, dopuszczonych na zjeździe: francuskim, włoskim, angielskim, niemieckim i hiszpańskim. Szczegóły, dotyczące referatów, znajdą czytelnicy w wydawnictwie Zjazdu p. t. Résumés des rapports, publiés par le dr. L. Mayer. Bruxelles, 34 rue Botanique, imprimerie médicale, — tu zaznaczę jedynie, że wszyscy referenci podnosili jednomyślnie doniosłe znaczenie leczenia raka zapomocą radu i promieni Roentgena. Jeśli uznać, zgodnie z przyjętą ogólnie zasadą, że brak nawrotu nowotworu po upływie lat pięciu jest oznaką wyleczenia zupełnego, to statystyka, zebrana przez Regaud'a i godna zaufania daje istotnie nadzwyczajne wyniki: 15—20% uleczeń w przypadkach raka szyi macicznej, wziętych ogólnie, bez rozróżnienia przypadków lżejszych i dalej posuniętych; 5% do 15% (!) w przypadkach raka, nienadających się do operacji; 30—40% wyleczeń w przypadkach nadających się do operacji, z włączeniem przypadków t. zw. à la limite, gdzie istnieją pewne wątpliwości co do możliwości wykonania zabiegu chirurgicznego wreszcie 40 do 60% wyleczeń w przypadkach początkowych, ograniczonych wyłącznie do zajęcia szyi macicznej. Statystyka przytoczona opiera się na technice z roku 1919—1920; wyniki techniki obecnej, która, zwłaszcza w roentgenoterapji, poczyniła ostatnio wielkie postępy, będą, zdaniem Regaud'a, jeszcze lepsze. Legendą wielce szkodliwą „une legende funeste“ jest, jak to wielu mniema, rzekoma łatwość leczenia raka macicy roentgenoterapją czyli promieniami X. Technika tych naświetlań wymaga długich studjów specjalnych i ceteris paribus jest niemniej trudna, jak operacja Wertheima. Wtórne zakażenie nowotworu, zwłaszcza paciorkowcami, pogarsza rokowanie i jest powodem bezpośredniej śmiertelności po zabiegu radio i curieterapeutycznym, która w przypadkach daleko posuniętych waha się w granicach od 1—6%. Dlatego też w każdym przypadku niezbędne jest badanie bakterjologiczne, ew. odkażenie nowotworu przed przystąpieniem do leczenia promieniami X.

Nie wszystkie rodzaje raka są czułe jednakowo na te promienie i rad; raki gruczołowe *(adenocarcinoma)* zachowują się w tym względzie najbardziej odpornie. Stąd wynika konieczność badania każdego przypadku pod względem anatomo - patologicznym. Wskazania, podane przez Regaud'a, są następujące: Leczenie promieniami Roentgena jest metodą wyłączną w przypadkach daleko posuniętych i w nawrocie nowotworu po operacji. Kombinacja promieni X z radem wskazana jest w przypadkach lżejszych, acz nie nadających się już do operacji. Lecz i tu rozpoczynać należy od roentgenoterapji. W przypadkach t. zw. *à la limite* stosować należy leczenie radem, które przy istnieniu raka gruczołowego *(adenocarcinoma)* winno być dopełnione zabiegiem chirurgicznym. Przypadki raka szyi macicznej, ograniczone do szyi, powinny być operowane, i tu jednak może znaleźć wskazanie uprzednie zastosowanie radu. Leczenie naświetlaniami powinno być wykonane w okresie czasu ściśle ograniczonym; naświetlanie dalsze i powtarzane prowadzą do immunizacji komórek rakowych i działają szkodliwie na otaczające nowotwór tkanki szlachetne.

Inni mówcy potwierdzają na ogół dane Regaud'a. I tak Pestalozza miał 7% zupełnych wyleczeń w przypadkach raka szyi, nie nadających się do operacji. Podnosi wielką wagę kombinacji leczenia radem z promieniami X. Wszyscy autorzy są zgodni co do tego, że przypadki raka szyi macicznej, nadające się do zabiegu chirurgicznego, powinny być operowane; zdaniem Pestalozzy i J. L. Faure'a leczenie operacyjne w t. zw. *bons cas* daje lepsze wyniki, niźli naświetlania; zdaniem innych wyniki są jednakowe. Oddzielnie stoi Beuttner z Genewy który nie operuje wogóle raka szyi macicznej, nawet w przypadkach początkowych, uważając działanie radu i promieni X za zupełnie wystarczające. Forsdike z Londynu jest bezwzględnym zwolennikiem naświetlań w każdym przypadku przed operacją, ponawiając naświetlania w przeciągu pierwszego miesiąca po zabiegu. Recasens z Madrytu podnosi konieczność operowania dużemi dawkami radu, których działanie biologiczne jest zgoła inne, niźli małych dawek, zwłaszcza stosowanych przez czas dłuższy.

W końcu dyskusji Regaud zbija mniemanie o wielkiej kosztowności leczenia radem. Ostatnio przeprowadzone w Paryżu obliczenia określają na 50 fr. francuskich koszt godziny leczenia radem, przy dawce 4,0 i pracy 20-godzinnej dziennie; roentgenoterapji przepowiada wielką przyszłość, z chwilą opanowania trudności, związanych z jej techniką.

Co do raka trzonu macicy, pozostaje on, jak dotąd, wyłączną domeną zabiegu chirurgicznego, w zgodnem ujęciu stanowiska wszystkich autorów, nie wyłączając Beuttner'a.

Drugie posiedzenie naukowe, dnia 8 z. m., poświęcone było całkowicie sprawie *leczenia guzów mózgowia*. Referowali: Percy Sargent (Londyn), Bastianelli (Rzym), Brun (Lucerna), Lozano (Saragossa). De Martel (Paryż), mimo zapowiedzi nie przybył na Zjazd, nadesłał jednak referat. Wszyscy mówcy podnosili znaczne

postępy, jakie poczyniła chirurgja mózgowa w przebiegu lat ostatnich, wskazując jednocześnie na trudności diagnostyczne i technikę wymagającą wielkiego doświadczenia. Rzeczą pierwszorzędnej wagi jest wczesne wykonanie operacji i wskazane są: pozycja pionowa chorego i znieczulenie miejscowe (o ile to jest możliwe). Opanowanie krwawienia ma dla rokowania doniosłe znaczenie, gdyż znacznie zmniejsza śmiertelność. Operowane być winny wszystkie guzy mózgu. Leczenie promieniami X należy stosować jedynie w tych przypadkach, gdzie zabieg doszczętny nie daje się przeprowadzić.

Na temże posiedzeniu zwrócił na siebie ogólną uwagę odczyt Adson'a (Rocester), który, opierając się na 600 z górą przypadków z kliniki Mayo omawiał diagnostykę i leczenie (zastrzykiwania alkoholu) *nerwobólu n. trigemini* wogóle, poczem na szeregu zdjęć kinematograficznych przedstawił błogosławione skutki, jakie daje w tym razie leczenie chirurgiczne, uważając za zabieg radykalny przecięcie tylnych, czuciowych włókien zwoju Gasser'a.

Trzecie posiedzenie naukowe, dnia 9 kwietnia, zajęła sprawa *padaczki Jackson'owskiej*, omawiana szczegółowo przez prof. Leriche'a (Strasburg). Opierając się na 30 własnych spostrzeżeniach, Leriche jest zdania, iż przyczyną padaczki Jackson'owskiej jest zawsze blizna tkanki mózgowej w następstwie urazu; zmiany kostne i opon mózgowych mają tylko drugorzędne znaczenie. Wycięcie blizny jest wskazane we wszystkich przypadkach padaczki Jackson'owskiej, i daje wyniki naogół b. dobre, jakkolwiek nawroty są po pewnym czasie zjawiskiem nieomal stałem, z powodu tworzenia się nowej blizny w miejscu wyciętej. Leriche zapytuje, czy niedałoby się zapomocą promieni Roentgen'a osiągnąć wpływu na młodą tkankę mózgową, by zapobiedz powstawaniu nowej blizny. Zaleca badanie histologiczne tkanki mózgowej, przylegającej do blizny, widząc na tej drodze możność znalezienia wskazań terapeutycznych. W dyskusji de Quervain (Berno) wskazuje na istnienie przypadków padaczki Jackson'owskiej pochodzenia nieurazowego, na tle zaburzenia równowagi wazomotorów. Podobnie jak Leriche, zapełnia tłuszczem („plombuje") defekty po usunięciu blizny w przypadkach urazowych, jednakowoż tworzenie się ponowne blizny jest prawie nieuniknione. Osoby, dotknięte padaczką Jackson'owską, mogą, zdaniem Leriche'a, śmiało wstępować w związki małżeńskie: zna pięć małżeństw tego rodzaju, mających liczne i zdrowe potomstwo. W trakcie posiedzenia, zaproszony przez prof. Giordano, obejmuje przewodnictwo obrad dr. Aleksander Zawadzki z Warszawy.

Tegoż dnia po południu odbyło się *walne gromadzenie* członków Tow., na którem dokonano wyboru nowych członków zarządu, omówiono sprawę budżetu, załatwiono wreszcie doniosłą sprawę przyjęcia po przerwie wojennej — przedstawicieli państw centralnych, na wniosek Francji, Belgji i Polski, w ten sposób, iż przedstawiciele tych państw wchodzą automatycznie do Tow., z chwilą przyjęcia ich do Ligi Narodów. Sprawa obrania miejsca dla Zjazdu następnego, w roku 1929, nie wywołała żadnych dysonansów. Urzędowe zaproszenie polskie trafiło na grunt dobrze przygotowany, i kandydatura Warszawy, jako miejsca przyszłego Zjazdu, została przyjęta jednogłośnie. Dr. Zawadzki dziękuje w imieniu polskiem i zaprasza serdecznie do licznego przyjazdu do Warszawy za 3 lata. W końcu zabiera głos przewodniczący prof. Giordano, mówi gorąco o Polsce, przypomina starcia swoje z przedstawicielami Niemiec, którzy, gdy chodziło o stworzenie w łonie Tow. delegacji polskiej, uporczywie twierdzili, że Polaków niema, są zaś tylko Niemcy i Rosjanie, wreszcie zamyka walne zgromadzenie okrzykiem na cześć Polski. Obecni na sali polacy, pod przewodnictwem prof. Kryńskiego, złożyli niezwłocznie podziękowania czcigodnemu prezesowi Zjazdu.

Czwarte posiedzenie naukowe, d. 10 z. m., obejmowało referaty, dotyczące *chirurgji śledziony*, wypowiedziane przez Leotte (Bari), Papayoannou (Ghezireh), Henschen'a (St. Gall), Patel'a (Lugdun) i Cortes'a Liado (Sewilla). Zgodne jest stanowisko mówców do splenomegalji zimniczej, która nie jest terenem dla zabiegu chirurgicznego i ustępuje zwykle przy leczeniu chininą w połączeniu z naświetlaniami promieniami Roentgena. Jedynie w przypadku bolów (postać t. zw. dolorosa), pęknięcia śledziony lub skrętu szypuły znajduje tu wskazanie splenektomia. Jako główne wskazania do usunięcia śledziony uważać należy: uraz, ropnie, chorobę Gaucher'a, przewlekłą żółtaczkę hemolityczną, przypadki *purpura haemorrhagica*, chorobę Banti'ego w pierwszych dwóch okresach, wreszcie nowotwory *(angioma, sarcoma)*. Przy śledzionie wędrującej wskazana jest *splenopexia; splenektomię* zaleca się wyjątkowo, gdy istnieją zmiany chorobowe w narządzie. Torbiele śledziony (bąblowiec i torbiele surowicze) wymagają zazwyczaj t. zw. marsuwializacji, w rzadkich bardzo przypadkach usunięcia śledziony. Bezwzględne przeciwwskazanie dla splenektomji stanowi białaczka i prawie zawsze *anaemia perniciosa progressiva*. Henschen zaznacza, iż śledziona zawiera 1—2 kg krwi i że zadaniem chirurga jest oszczędzić tę krew w związku z wykonaniem zabiegu doszczętnego. Da się to wykonać w sposób trojaki: 1) przez podwiązanie tętnicy oraz miesienie następcze, 2) przez wstrzykiwania adrenaliny do miąższu śledziony i 3) przez dokonanie natychmiastowej transfuzji krwi, zawartej w śledzionie. Patel wskazuje na trudności techniki splenektomji przy istnieniu zrostów i radzi w tych przypadkach rozpoczynać od podwiązania *art. splenicae*. W obszernej dyskusji, opierając się na własnem doświadczeniu, zabierali głos między innemi dr. Zawadzki z Warszawy i prof. Jurasz z Poznania.

Tegoż dnia popołudniu odbyło się piąte i ostatnie posiedzenie naukowe, poświęcone sprawie *ropnia wątroby*. Dominici (Sassari) dzieli ropnie wątroby na dwie duże grupy 1° ropnie t. zw. *pyogéniques*, które powstają w następstwie urazu, duru brzusznego, zapalenia wyrostka robaczkowego, czerwonki, i 2° ropnie t. zw. *amibiens (abscesso amebico)*, które nie są właściwie ropniami w ścisłem znaczeniu, lecz stanowią wynik procesów nekrobiotycznych w tkance wątroby *(hepatitis necrobiotica colliquativa)*. Rozpoznanie różniczkowe jest bardzo ważne i opiera się, poza momentem etjologicznym na badaniu krwi (polyleukocytoza neutrofilna przy ropniach pierwszej kategorji), przebiegu sprawy chorobowej (objawy bardziej ostre przy pierwszej postaci), wielkości ropnia (duże ropnie należą częściej do drugiej grupy), wreszcie na wyniku nakłucia próbnego, które winno być dokonywane na sali operacyjnej i wykazuje albo obecność ropy (pierwsza grupa), albo też płynu zawierającego znaczną domieszkę leukocytów (druga grupa) oraz bakterje, o ile nastąpiło zakażenie wtórne.

W przypadkach pierwszej kategorji wskazany jest zabieg operacyjny, który, przy istnieniu licznych ropni, ograniczony być winien do sączkowania dróg żółciowych. Ropnie, zaliczone do drugiej grupy, wymagają naogół leczenia wewnętrznego, które w pewnych razach może jednak wymagać dopełnienia przez zabieg chirurgiczny, względnie nakłucie i aspirację. Drugi z referentów Petridis (Egipt), opierając się na 538 przypadkach, spostrzeganych w szpitalu greckim w Aleksandrji, podnosi dobre skutki działania emetyny w przypadkach ropnia wątroby pochodzenia tropikalnego, co wpłynęło znakomicie na ograniczenie wskazań do leczenia operacyjnego.

Po zakończeniu dyskusji prezes prof. Giordano zamknął obrady VII. kongresu międzynarodowego Towarzystwa chirurgicznego, dziękując uczestnikom za liczny i pilny udział w posiedzeniach naukowych.

Podczas Zjazdu odbyły się w szpitalach rzymskich liczne demonstracje chirurgiczne, głównie z zakresu chirurgji brzusznej, a przedtem jeszcze w Medjolanie, Padwie, Wenecji i Florencji; dając uczestnikom Zjazdu możność stwierdzenia, że szpitalnictwo i kultura chirurgiczna stoją we Włoszech na współczesnym, wysokim stopniu rozwoju. Na zaznaczenie zasługują również uderzająco piękne zdjęcia roentgenowskie, zwłaszcza z zakresu chirurgji żołądka i nerek, ilustrujące każdy z operowanych przypadków. Znaczną sensację wywołał dr. Picqué, przybywając na Zjazd z Paryża przez Bordeaux aeroplanem sanitarnym, kierowanym wprawną ręką pilota-chef'a Goërgel'a. Dnia 11 kwietnia odbyły się próby przewożenia chorych na polu lotniczem Centocelle pod Rzymem. W roli ciężko rannych wystąpili dwaj czcigodni prezesi: Giordano i Hartmann, których, po nałożeniu prowizorycznego opatrunku, wniesiono na noszach do samolotu. Po dokonaniu 20-minutowej podróży napowietrznej, samolot wylądował szczęśliwie, przy okrzykach pełnych entuzjazmu na cześć wielkich „rannych".

Tegoż dnia o godz. 1-ej Ojciec św. Pius XI raczył przyjąć w Watykanie i udzielić swego błogosławieństwa wszystkim uczestnikom Zjazdu.

Pomimo odwołania przyjęć urzędowych, z powodu śmierci królowej Matki, odbył się w czasie Zjazdu cały szereg uroczystych przyjęć, które rozpoczął wieczór, wydany przez prezesa prof. Giordano i Jego małżonkę w salonach hotelu Excelsior, urozmaicony tańcami i występem baletu opery rzymskiej. Wycieczka samochodami do Tivoli, odległej o 30 kilometrów, była dla wszystkich chwilą rzetelnego po pracy wypoczynku, a zarazem pełną niewysłowionych rozkoszy dla każdego do kogo przemawia piękno przyrody. Villa Adrienne, samo Tivoli, wodospady, willa d'Este, jej sędziwy park o wiekowych cyprysach, wreszcie tak harmonijnie wiążący się z otoczeniem koncert na harfach, to fragmenty nigdy nie zapomniane tej cudnej wycieczki. Wreszcie na zakończenie Zjazdu, koledzy włoscy wydali na cześć gości wspaniały bankiet w sali hotelu Plaza. Przy stole honorowym zasiadł prezes prof. Giordano, mając po swej lewej stronie przedstawiciela Francji prof. Hartmann'a, po prawej przedstawiciela Polski dra Zawadzkiego. W serdecznem przemówieniu dziękował prezes Giordano przedstawicielom wszystkich narodów, którzy na Zjazd przybyli, a zwracając się do naszego delegata mówił o Polsce z wyróżniającą się sym-

patją. Po przemówieniu prof. Hartmann'a w imieniu Francji, zabrał głos dr. Zawadzki I wypowiedział mowę, którą *in extenso* przytaczam:

Rzymianie, w pomrokach wieków ubiegłych, z bronią w ręku przyjmowali najeźdźców-barbarzyńców u granic swojego państwa, mieczem i dzidami bronili swej ziemi ojczystej, a gdy wchodził do Rzymu jaki barbarzyńca, to chyba jako jeniec w okowach lub przykuty do rydwanu zwycięzcy. Taki los spotykał ongi najeźdźców! Czasy te minęły. Kulturą swoją i cywilizacją Rzym promieniował na świat cały, a zadanie to prowadzili w dalszym ciągu potomkowie starożytnych Rzymian, dzisiejsi synowie Italji. I oto dzisiaj widzimy znowu najazd narodów na Rzym, ale miasto surowych twarzy zbrojnych wojowników, przybysze spotykają otwarte ramiona, wiezieni z miasta do miasta, goszczeni wszędzie, a oto wokół siedzimy jak bracia na bankiecie na cześć naszą przygotowanym. Cóż się stało? Oto synowie dawnego Rzymu w sposób taki przyjmują u siebie swoich uczniów, dumni z dzieła swojej cywilizacji. Uczniowie ich przynieśli im owoce tej cywilizacji, — barbarzyńców już niema! W mojej skromnej roli przedstawiciela jednego z tych dawniej barbarzyńskich ludów, Scytów a może Sarmatów, niosę Wam dank za ten ogień święty, jaki rozpaliliście śród nas, za Kopernika. który u Was w Bolonji się uczył, a potem był profesorem w Rzymie, za królowę Bonę Sforzza, pod której egidą rozwinął się w Polsce renesans, za bohatera Waszego Nullo, który walczył i zginął za świętą sprawę naszej wolności w roku 1863, za tych wszystkich, którzy wśród nas żyli i błyszczeli na polu sztuki i wiedzy. Gdy w końcu zaś wstała zorza tak długo oczekiwanej, zdobytej przez nas wolności, Wy pierwsi ją proklamowaliście, to też wzruszony i gorącem dla Was uczuciem przejęty wznoszę kielich za wielkość Waszych Włoch i za pomyślność Ich synów, godnych potomków Rzymian. Niech żyją Włochy!

Po mowie dra Zawadzkiego, przyjętej hucznemi oklaskami, nastąpiły przemówienia delegatów innych narodów, wreszcie ze swadą wypowiedziany przez dra Mayer'a toast na cześć włoskiej kobiety.

Organizacja Zjazdu, głęboko przemyślana i przewidująca, nie pozostawiała nic do życzenia. Wielkie w tej mierze zasługi położyli sekretarze: docent dr. Mayer i prof. Dominici, oraz niestrudzona, pełna niewysłowionej słodyczy i iście anielskiej cierpliwości p. Hardy z Brukseli, którym w imieniu polskich uczestników Zjazdu składam na tem miejscu, za ich pracę ofiarną, wyrazy głębokiego uznania i wdzięczności.

Dodać wreszcie należy, iż lekarze polscy złożyli wizytę p. ministrowi Kozickiemu i byli u niego na śniadaniu, na ich cześć wydanem, w Circolo della Caccia, na którem honory domu czyniła p. ministrowa Kozicka oraz córka radcy poselstwa p. Tomaszewska.

Ambasada polska przy Watykanie czyniła w swoim zakresie wszelkie ułatwienia uczestnikom Zjazdu.

Na zakończenie podaję kilka danych, dotyczących powstania i rozwoju Towarzystwa. Międzynarodowe Tow. Chirurgiczne zostało założone w r. 1902 w Brukseli. Założycielami Towarzystwa, ze strony polskiej, byli dr. Aleksander Zawadzki, ś. p. prof. Rydygier, ś. p. prof. Ziemacki. Pierwszy kongres odbył się w Brukseli roku 1905, dwa następne, w 1908 i 1911 roku, również w Brukseli. Czwarty Zjazd, zwołany był w roku 1914 do Nowego Jorku, poczem w związku z wojną następuje w pracach Towarzystwa sześcioletnia przerwa. W roku 1920 zbierają się członkowie Towarzystwa w Paryżu, następnie w roku 1923 w Londynie. Obecny Zjazd w Rzymie był siódmy z kolei, trzeci zaś od czasu zakończenia Wielkiej Wojny. Przedstawiciele państw centralnych na mocy uchwały komitetu międzynarodowego, nie mogli brać udziału w ostatnich trzech Zjazdach. Rozwój Towarzystwa ilustruje fakt, że gdy w roku 1923 Tow. liczyło 775 członków, obecnie liczba ta wzrosła do 965, a liczba państw reprezentowanych w Towarzystwie z 26 podniosła się do 33. Prezesem komitetu międzynarodowego jest prof. Willems (Leodyum), skarbnikiem dr. Lorthioir, sekretarzem generalnym docent dr. Mayer, sekretarzem drugim dr. Max Cheval, wszyscy z Brukseli. Delegatem polskim od lat wielu był dr. Aleksander Zawadzki, którego zasługi na polu nawiązania stosunków międzynarodowych winny być podniesione. Komitet polski składa się z trzech członków: prof. Jurasza z Poznania, prof. Leona Kryńskiego z Warszawy i dr. Aleksandra Zawadzkiego z Warszawy. Delegatem polskim, na miejsce ustępującego dr. Zawadzkiego, został obrany w Rzymie prof. Leon Kryński. Dzięki zabiegom naszej delegacji, komitet międzynarodowy przyznał Polsce 54 miejsca. Z tej liczby wzięli udział w kongresie rzymskim następujący koledzy: Bursche (Warszawa), Glatzel (Kraków), Goldstein (W.), Gruca (Lwów), Jurasz (Poznań), Kowalski (Poznań), Kryński (W.), Łapiński (W.), Lewenstern (W.), Meisner (W.), Ostrowski (Lwów), Ruff (Lwów), Stankiewicz Cz. (W.), Szpilman (W.), Witkowski (W.), Wrześniowski (Częstochowa), Zawadzki A. (W), oraz jako goście Bregmann i Röbin z Warszawy.

Jak już zaznaczono wyżej, następny VIII kongres Towarzystwa odbędzie się w roku 1929, w Warszawie. Prezesem honorowym tego Zjazdu został obrany prof. Hartmann z Paryża, sekretarzem dr. Aleksander Zawadzki z Warszawy.

Tematy, przyjęte na Zjazd w Warszawie, są następujące:

1. Przyczyny i mechanizm embolii.
2. Wyniki resekcji żołądka przy wrzodach żołądka i dwunastnicy.
3. Leczenie choroby Basedowa.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Kraków.

W tych dniach obraduje w Krakowie VI. Zjazd Psychiatrów Polskich. Obfity program, na który się złożyły tematy z różnych dziedzin biologji, tematy opracowane przez uczonych odpowiednich specjalności, dowodzi szerokich horyzontów jakimi się Zjazd kieruje. Redakcja „P. G. L." składa życzenia bogatych plonów VI. Zjazdowi Psychiatrów Polskich.

Szpital Izraelitów w Krakowie ogłosił sprawozdanie za rok 1925. Szpital ten został 6. I. 1925 ponownie otwarty po 11-letniej przerwie, wywołanej przez wojnę i okres powojenny. Rada wyznaniowa krakowskiej gminy izraelickiej odnowiła i wyposażyła na nowo nie szczędząc starań i nakładu, aby go postawić na poziomie nowoczesnych wymagań. Szpital obejmuje oddziały: chorób wewnętrznych (łóżek 40), chirurgicznych (42), kobiecych (13), dziecięcych (21), ucha i gardła (7), oczu (6), ortopedję (6), pracownię dentystyczną, roentgenowską i kliniczną. Zatrudnia 19 płatnych lekarzy i 34 służby. Hospitantów lekarzy było 24, rygorozantów medycyny 20. W ambulatorjach szpitala leczono 20271 chorych (z tych 5:4% chrześćjan), chorych stałych 1040 przez 21290 dni; z tych chorych stałych 41% było z poza Krakowa, a 30% było leczonych bezpłatnie. Wyzdrowiało 707, zmarło 78 (resztę stanowią chorzy z polepszeniem). Koszt dzienny utrzymania jednego chorego wynosił 8 zł. 42 gr., a ponieważ opłata dzienna wynosi 4 do 6 zł., przeto do każdego chorego dopłaca szpital (Rada wyznaniowa) 30—50%, a wogóle wydał na tę dopłatę 97232 zł. Sprawozdanie zawiera szczegółowe sprawozdania z każdego oddziału szpitalnego, zakończone wymienieniem braków i potrzeb oddziału. Pracujący w szpitalu lekarze zbierali się na posiedzenia naukowe, których w r. 1925 było 16 z 19 referatami; osobno pracowało „Koło Internistów" (11 posiedzeń i tyleż referatów). Dyrektorem szpitala jest dr. Jan Landau (senior), zasłużony działacz; m. i. jako wieloletni prezes Tow. „Nadzieja", które utrzymuje w Rytrze sanatorjum przeciwgruźlicze dla młodzieży szkolnej żydowskiej. (W sanatorjum tem, mającem własny budynek, leczyło się w r. z. 124 osób). Sprawozdanie jest wydane wykwintnie i ozdobione 7 widokami gmachu i wnętrza szpitala.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę, 12. b. m. o 8,15 wiecz. posiedzenie naukowe. Na porządku dziennym Dr. M. Kosiński: „Opieka ortopedyczna nad dzieckiem ułomnem, jej zadania i cele".

Minister Pracy i Opieki Społecznej zamianował zastępcę naczelnika Izby Lekarskiej w Krakowie Dra Stanisława Jankowskiego, lekarza sądowego, stałym członkiem Państwowej Rady Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie.

Poznań.

III. Zjazd Polskich Historyków i Filozofów Medycyny odbył się w Poznaniu dnia 16 i 17 maja b. r.

Redakcja otrzymała:

Dr. M. Grzywo-Dąbrowska: Psychologja prostytutek. Odbitka z „Pamiętnika ku uczczeniu ś. p. Prof. Dr. med. Antoniego Mikulskiego". Wyd. szp. dla psychicznie i nerwowo chorych „Kochanówka" pod Łodzią.

H. Higier: Zum Verlauf der perniziösen oder sog. tropischen Hirnmalaria. Odbitka München. med. Woch. Nr. 14. z r. 1925.

H. Higier: Familiäre spastische Paralyse von cerebralem Typus und Heredolnes. Odbitka Zeitschr. f. die ges. Neurolog. und Psychiatre Band XC. Heft 1/2.